



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

# MASTEROPPGAVE

Kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset

Fra krise til mestring

Randi Midtgård Spørck og Geir Tollåli

Kurskode: BE 311E

MBA i helseledelse



## Forord

Denne masteroppgaven er en avsluttende del av det erfaringsbaserte masterstudiet *Økonomi og helseledelse* i regi av Helse Nord. Studiet er gjennomført i samarbeid med Handelshøgskolen i Bodø ved Universitetet i Nordland. Masteroppgaven utgjør 30 studiepoeng.

Vi er to studenter som skriver oppgaven sammen. En av oss arbeider som klinikkssjef for medisinsk klinikk i Nordlandssykehuset HF, og den andre arbeider nå som rådgiver ved fagavdelingen i Helse Nord RHF. Vedkommende arbeidet tidligere som assisterende klinikkssjef i Prehospitale tjenester i Nordlandssykehuset. Profesjonsbakgrunnen vår er lege og sykepleier, og vi er av den oppfatning at det har bidratt til fruktbare diskusjoner med ulike tilnærminger i arbeidet med oppgaven.

Vi er preget av ettervirkningene av kirurgisaken i Nordlandssykehuset. På denne bakgrunn er vi svært opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet. Vi har et ønske om at pasientene som benytter sykehusets tjenester, skal få optimal behandling og være trygge på at kompetente fagfolk ivaretar dem på best mulig måte. Nordlandssykehuset skal være et naturlig valg for Nordlandspasienten. Vårt mål er at alle skal behandles i tråd med kjerneverdiene som er kvalitet, trygghet og respekt.

Vi anser det som et privilegium at arbeidsgiver har dekket utgiftene tilknyttet vårt masterstudie. Vi er av den oppfatning at en slik satsning på overordnet lederutdanning bidrar til at vi er betydelig bedre rustet for å møte ulike krav og bestillinger i vårt videre arbeid. Samtidig ønsker vi å fremheve betydningen av nettverksbygging over foretaksgrensene. Deltagere fra alle foretak i Helse Nord skaper en regional fellesfølelse. Vårt kull har hatt deltagere fra flere ulike profesjoner. Det har gitt oss verdifull kunnskap om områder vi normalt ikke ville kunne hatt noen kvalifisert oppfatning om. Verdien av økt kunnskap og samhandling har på denne bakgrunn fått en ny betydning for oss.

Vi ønsker å takke Kari Nyland for konstruktiv veiledning i arbeidet med oppgaven. Inger Johanne Pettersen har, som kursansvarlig, holdt stø kurs gjennom de ulike kursmodulene. Vi vil også rette en stor takk til våre respondenter som har stilt opp, og delt sine synspunkter og erfaringer med oss. De har gjort oss stolte over organisasjonen. Vi ønsker å takke Mari og Maria som har hjulpet oss med oversettelsesvalidering. Vi ønsker å takke Anca Heyd og Jan Norum for arbeidet med gjennomlesning og gode innspill.

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i helsetjenesten er dagsaktuelle tema fokusert i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Etter kirurgisaken i 2010 er disse temaene blitt aktualisert ved Nordlandssykehuset HF.

### **Hensikt**

Vår hensikt med denne undersøkelsen har vært å utrede hvilke holdninger mellomledere i organisasjonen har til pasientsikkerhet.

### **Materiale og metode**

Holdning til pasientsikkerhet ble vurdert gjennom intervju og bruk av norsk oversettelse av matrisen *The Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)*. Dette verktøyet stimulerer til refleksjon rundt pasientsikkerhet og gir en pekepinn på grad av modenhet for sikkerhetsspørsmål i organisasjonen. Vi hadde en antagelse av at pasientsikkerhetskulturen kanskje ikke var like godt befestet blant ledere på lavere nivå i organisasjonen.

Et strategisk utvalg på seks mellomledere fra somatiske klinikker i Nordlandssykehuset har tatt stilling til MapSaF og deretter gjennomgått et semistrukturert intervju med bruk av intervjuguiden basert på Demmings kvalitetssirkel

### **Resultat**

Gjennomgående fant vi en proaktiv holdning til pasientsikkerhetskultur hos mellomledere, og den sentrale ledelsen har lyktes langt på veg med å endre disse holdninger ned i organisasjonen. Likevel finner vi noen forskjeller mellom profesjoner med hensyn til bruk av prosedyreverktøy, samt en slitasje i organisasjonen. Slitasjen var et resultat av mange endringsprosjekt samtidig.

### **Konklusjon**

Etter "kirurgiskandalen" i 2010 har ledelsen ved Nordlandssykehuset HF i stor grad lyktes med å implementere positive holdninger til pasientsikkerhet ned i organisasjonen.

Undersøkelsen bekreftet ikke våre primære antagelser. MaPSaF kan være et nyttig instrument for å skape refleksjon i organisasjonen rundt innholdet i pasientsikkerhetskultur.

## **Summary**

### **Background**

Patient safety and safety culture in health care are current topics focused by the national patient safety campaign. Due to deviations from regional surgical guidelines in 2010, at the Nordland Hospital, these issues became highly relevant.

### **Purpose**

The purpose of this study was to examine the attitudes among middle managers in the organization with regard to patient safety and safety culture.

### **Material and methods**

Attitudes to patient safety and safety culture was assessed by structured interviews and the use of the Norwegian version of The *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (MaPSaF) matrix. This matrix was designed to stimulate reflection on patient safety and indicate degree of maturity of the security issues in the organization. We assumed that the patient safety culture was unequally distributed among various groups of leaders within the organization. A strategic selection of six middle managers in somatic clinics were presented to the MaPSaF matrix and completed a semi-structured interview. The interview guide was based on Demmings quality circle.

### **Result**

In general, we revealed a proactive approach to patient safety culture among middle managers, and the hospital leadership had succeeded in improving middle managers' attitudes to safety issues. We found some differences between the professions regarding the use of procedural tools, as well as an abrasion in the organization. The latter was due to several projects run simultaneously.

### **Conclusion:**

Following the "surgical scandal" in 2010, the management at Nordland Hospital largely succeeded in implementing positive attitudes and principles of patient safety into their organization. This survey did not confirm our primary assumptions. However MaPSaF was indicated a useful instrument to stimulate and create the reflection with regard to patient safety culture.

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Summary</b>	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Bakgrunn</b>	<b>7</b>
1.1.1 Aktualisering	7
<b>1.2 Forskningsspørsmål</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Definisjon av sentrale begrep</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Oppgavens struktur</b>	<b>10</b>
<b>2 Teori</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Kontinuerlig forbedring</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Prioritering av pasientsikkerhet gjennom målstyring</b>	<b>13</b>
2.2.1 Formålet med kvalitetsindikatorer	13
<b>2.3 Balansert målstyring</b>	<b>13</b>
2.3.1 Kommunikasjon	15
<b>2.4 Ulike styringslogikker</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Organisasjonskultur</b>	<b>16</b>
2.5.1 Lederens betydning for organisasjonskulturen	20
<b>2.6 Sikkerhetskultur</b>	<b>21</b>
2.6.1 Individuell tilnærming	21
2.6.2 System tilnærming	21
2.6.3 The Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)	23
2.7 Pasientsikkerhet og klinisk lederskap	24
<b>2.8 Dekopling i sykehus</b>	<b>25</b>
<b>2.9 Sammenfatting av teori</b>	<b>26</b>
<b>3 Metode</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Valg av metode</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Forskningsdesign</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Godkjenning og gjennomføring</b>	<b>28</b>
<b>3.4 Organisering av datamaterialet</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Svakheter knyttet til metoden</b>	<b>31</b>
<b>3.6 Validitet</b>	<b>32</b>
<b>3.7 Reliabilitet</b>	<b>33</b>
<b>4 Empiri</b>	<b>34</b>
4.1.1 Forpliktelse til forbedring	36
4.1.2 Prioritering av pasientsikkerhet	38
4.1.3 Systemfeil og personlig ansvar	40
4.1.4 Registrere uønskede hendelser og beste praksis	41
4.1.5 Evaluere uønskede hendelser og beste praksis	43
4.1.6 Læring og gjennomføring av endringer	46
4.1.7 Kommunikasjon rundt sikkerhetsspørsmål	48
4.1.8 Personalstyring og sikkerhetsspørsmål	49
4.1.9 Etterutdanning og trening	52
4.1.10 Team arbeid	53

<b>5 Diskusjon av hovedfunn .....</b>	<b>54</b>
5.1 Planer og mål.....	54
5.2 Implementering.....	56
5.3 Evaluering.....	59
5.4 Oppfølging .....	60
<b>6 Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>63</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>65</b>
<b>Vedlegg 1: Tillatelser.....</b>	<b>68</b>
<b>Vedlegg 2: Forespørsel .....</b>	<b>69</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide .....</b>	<b>70</b>
<b>Vedlegg 4: The Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) oversettelsesvalidert til Norsk .....</b>	<b>73</b>

# 1 Innledning

Formålet med denne oppgaven er å avdekke om toppledelsen ved Nordlandssykehuset HF har lyktes med å formidle målsetningene i kvalitetsstrategien blant mellomledere i foretaket.

Dette slik at mellomlederne har en oppfatning av hvordan de skal utøve ledelse som gir økt kvalitet og forhindrer uønskede pasientskader.

## 1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for at vi ønsker å se nærmere på dette, var den såkalte ”kirurgisaken”. Sommeren 2010 innledet Statens helsetilsyn granskning av Nordlandssykehuset HF med bakgrunn i påstander knyttet til uforsvarlig faglig virksomhet. Situasjonen var svært krevende for foretaket og dets ledelse. Media presenterte daglig nye pasienthistorier med mer eller mindre uheldige utfall, og presset på administrasjon og ledelse var ekstremt høyt. Omdømmet til Nordlandssykehuset ble mer og mer svekket og kritikken var nådeløs. Ytringer som at fag og kvalitet var nedprioritert til fordel for økonomi og byggeprosjekter var et gjentakende mantra. Pasientene ble utrygge, og noen valgte å la seg operere ved andre sykehus. Dette som en direkte konsekvens av påstandene som verserte i media. De ansatte var frustrerte, og klarte ikke å identifisere seg med at arbeidet ikke var av god nok kvalitet. Hele organisasjonen ”var rystet i grunnvollene”, og konsekvensene ble blant annet at direktøren og ansvarlig klinikkssjef for kirurgisk/ ortopedisk klinikk måtte gå fra sine stillinger. I løpet av noen få uker ble toppledelsen erstattet med to nye direktører.

### 1.1.1 Aktualisering

Det nye topplederteamet fikk utført en ekstern revisjon av internkontroll systemene, og resultatene var nedslående. Dette medførte at en rekke tiltak ble satt i gang fortløpende for å få etablert system for kvalitetsstyring og internkontroll. Tiden som fulgte var preget av et stort arbeidspress for hele organisasjonen

Pasientsikkerhet og kvalitet ble de nye nøkkelbegrepene. Direktøren og daværende styreleder proklamerte i en kronikk at:

*”Nye Nordlandssykehuset skal ikke ha noen unngåelige skader eller dødsfall etter 1. januar 2012”.* (Strand, 2010)

Dette var den nye visjonen, men det ble stilt spørsmål ved hvorvidt dette var gjennomførbart.

Direktøren var klar på at Nordlandssykehuset skulle være i front nasjonalt når det gjaldt pasientsikkerhet. Videre skulle sykehuset være pilot for pasientsikkerhetsvisitter for en kampanje, ledet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Denne hadde oppstart 2011.

Pasientsikkerhet og kvalitet ble satt på agendaen i en egen styresak 42-2010, (Nordlandssykehuset HF, 2010). Tre hovedpunkter ble fremhevet. Det første punktet var Docmap, et prosedyreverktøy med integrert avviksmul vedtatt brukt i hele Helse Nord. Docmap ikke et nytt system for Nordlandssykehuset, men implementeringen mangelfull. Den nye direktøren forklarte det på denne måten:

*”Vi har et stort prosedyrebibliotek hvor noen hyller har system og orden. Det finnes også hyller hvor bøkene har falt på gulvet, og det finnes noen hyller uten innhold. Dette biblioteket skal bringes i orden”. (personlig meddelelse, 14. september, 2010)*

Det andre punktet var pasientsikkerhet og kvalitet. Her skulle det blant annet innføres en sjekkliste for å sikre trygg kirurgi. Denne skulle være et verktøy for registrering og rapportering av kjernevirksomheten i det kirurgiske fagfeltet. Det tredje tiltaket var monitorering av standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn. Verktøyet som her skulle benyttes var søkeverktøyet Global Trigger Tool (GTT).

Man hadde også latt seg inspirere av et britisk program kalt *”Ledelse for sikkerhet”*. Dette programmet fokuserer på styrets og toppledelsens ansvar for å gjennomføre kvalitets- og pasientsikkerhets tiltak. Nordlandssykehuset fulgte samme modell, og satte kvalitet og pasientsikkerhet på agendaen i hvert styremøte for å sikre denne forankringen. Styret satte av 10 millioner kroner som ble øremerket til dette arbeidet.

## 1.2 Forskningsspørsmål

Tema for denne oppgaven var pasientsikkerhetskultur. Konteksten vi ønsket å undersøke hvorvidt det store fokuset på kvalitet og pasientsikkerhet var forankret på lavere ledernivå i organisasjonen. Altså hvorvidt toppledelsen har lyktes i å forankre forståelsen for at de ulike systemverktøy som skal implementeres, samt sikre aktive tiltak for å begrense pasientskade i den kliniske hverdagen.

Forskningsspørsmålet har vi definert slik:

*”Hvilke holdninger har mellomledere i Nordlandssykehuset til kvalitet og pasientsikkerhet”?*

*En kvalitativ undersøkelse blant et utvalg mellomledere.*



Vi avgrenser utredningen til å omfatte somatiske klinikker.

### 1.3 Definisjon av sentrale begrep

Kvalitet, pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskultur og holdninger var sentrale begrep i forhold til det vi ønsket å undersøke.

Helse Nord RHF definerer i sin kvalitetsstrategi begrepet kvalitet slik:

*”Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer”. (Helse Nord RHF, 2011)*

I tråd med definisjonen til Verdens helseorganisasjon og andre nordiske land har Kunnskapssenteret basert seg på følgende definisjon av pasientsikkerhet:

*”Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”.( Kunnskapssenteret.no)*

The European Network of patient Safety har definert pasientsikkerhetskultur slik:

*”Et integrert mønster av individuell og organisatorisk adferd, basert på felles Oppfatninger og verdier, som hele tiden søker å minimalisere pasientskade som kan være et resultat av prosessene for å levere helsetjenester”. (EUNetPaS)*

Holdninger kan defineres som:

*”(...) psykologisk tendens som uttrykkes gjennom evaluering av et gitt fenomen med noen grad av favør eller disfavør” (Eagle og Chalken 1993 s.1, referert av Guldenmund 2000) )*

## 1.4 Oppgavens struktur

### Kapittel 1 Innledning

I kapittel 1 gis en kort beskrivelse av bakgrunn for valg av oppgaven, og sentrale begreper, som vil ha avgjørende fokus gjennom hele forløpet.

### Kapittel 2 Teori

I kapittel 2 vil vi ta for oss relevant teori som kan belyse vårt forskningsspørsmål.

### Kapittel 3 Metode

I kapittel 3 redegjør vi for valg av metode, og svakheter knyttet til metodevalg.

### Kapittel 4 Empiri

I kapittel 4 beskrives datainnsamlingen, og vi gjør en oppsummering av fenomener som utpeker seg.

### Kapittel 5 Diskusjon av hovedfunn

I kapittel 5 diskuterer vi hovedfunn knyttet opp mot relevant teori.

### Kapittel 6 Konklusjon

I kapittel 6 gjør vi en oppsummering, og forsøker å konkludere på bakgrunn av våre hovedfunn.

## 2 Teori

En sykehusorganisasjon er en kompleks struktur der innsatsfaktorene er personell, kunnskap, medisinsk utstyr og bygningsmasse. En hovedutfordring er å holde virksomheten på et faglig høyt nivå gjennom kompetanseutvikling, fornyelse av medisinsk teknisk utstyr og annen infrastruktur gjennom blant annet kontinuerlige kvalitetssikringstiltak og standardisering av pasientforløp. I dagens økonomiske situasjon kan ikke alle målsettingene nås gjennom økt tilførsel av økonomiske midler, men verdiskapningen må skje gjennom samspill innad i organisasjonen mellom struktur, kultur og ledelse. Alle disse elementene står i gjensidig relasjon til hverandre. (Jacobsen D.I, 2007)

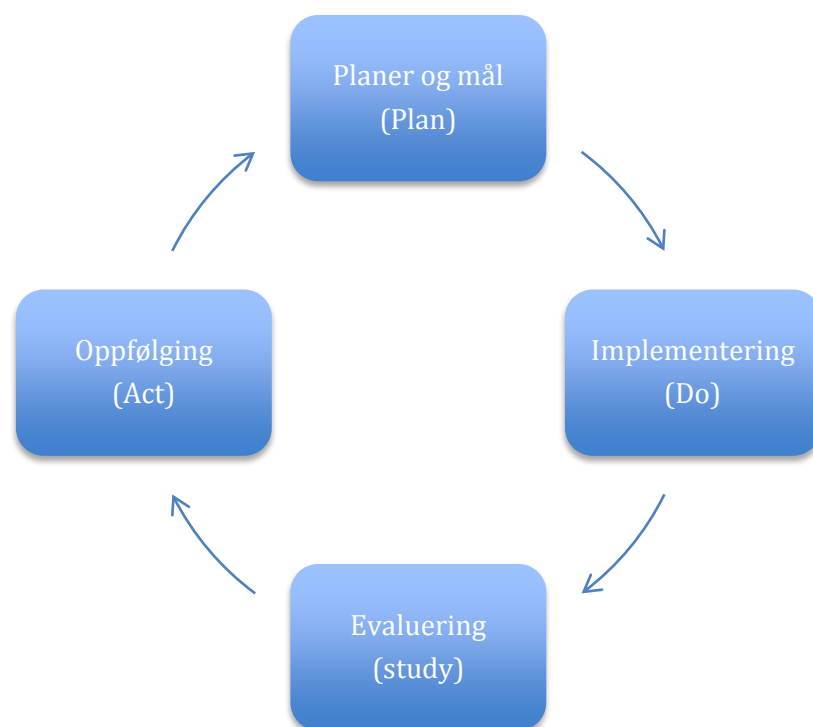
Vi vil i fortsettelsen beskrive hvilke teorier vi har lagt til grunn for å forankre vårt forskningsspørsmål.

### 2.1 Kontinuerlig forbedring

William Edward Demming publiserte i 1986 en metode for kontinuerlig forbedringsarbeid med grunnlag i statistisk prosesskontroll i industriell virksomhet. Metoden benevnes som Demingssirkelen eller PDSA (Plan, Do, Study, Act). (Deming, 1986). Med erfaringene fra bruk av Demingssirkelen i kontinuerlig forbedringsarbeid tilføyde Langley et al. (2009) tre grunnleggende spørsmål i innledningsfasen.

1. Hva ønsker vi å oppnå?
2. Hvordan kan vi vite at endringen vil gi forbedring?
3. Hvilke tiltak skal vi sette i verk for å skape forbedring?

Den neste fasen skal sørge for å strukturere arbeidet i en forbedringssirkel som angir fire faser som skissert i modellen nedenfor.



**Figur 1: Vår utgave av kvalitetssirkelen (etter Demming 1986)**

Metoden er et anbefalt verktøy i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring for sosial- og helsetjenesten (2005-2015) og ligger til grunn for Modell for kvalitetsforbedring som Kunnskapssenteret utviklet i 2007. (Sosial -og helsedirektoratet, 2007)

I systematisk kvalitetsarbeid i kompliserte kunnskapsorganisasjoner er det avgjørende å vektlegge både struktur, prosess og kultur i en kontinuerlig utvikling mot forbedring av pasientsikkerhet. Innenfor en åpen systemteoretisk modell vil endringer av ett element ha konsekvenser for de andre i en dynamisk prosess.

En organisasjon består av enkeltindivider som må være villige til å lære av sine erfaringer og endre adferd når det er nødvendig. Det handler om å skape adaptive kulturer som kan tilpasse seg endrede forutsetninger.

Dersom en sterk kultur skal være tilpasningsdyktig, er det viktig å ha klart for seg hvilke strømninger som fremmer fleksibilitet og læringsevne. Menneskelig angst, usikkerhet og avhengighet er konserverende på etablerte holdninger, mens en trygg, støttende og tillitsfull atmosfære der det er lov å feile, er grunnleggende for å støtte opp under en læringskultur. (Bang, 2008)

## 2.2 Prioritering av pasientsikkerhet gjennom målstyring

Målstyring har tradisjonelt vært knyttet til resultater i form av aktivitet, produktivitet og økonomiske investeringer. Sammenlignbare data for kvaliteten på helsetjenesten har ikke vært fremtredende i Norge. Det har vært mangel på systematisk informasjon om hvilken behandling pasientene får, og kvalitet og resultat av behandlingen.

På denne bakgrunn arbeides det derfor med å fremskaffe gode indikatorer som skal bidra til å måle kvalitet på de tjenestene som leveres. (Helsenorge.no, 2012)

### 2.2.1 Formålet med kvalitetsindikatorer

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten «...*Og bedre skal det bli! (2005-2015)*» (Sosial -og helsedirektoratet, 2007), er lagt til grunn for valg av indikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Kvalitetsindikatorer kan benyttes til å overvåke, følge med på helsetjenestens struktur, organisasjon, viktige aspekter ved pasientforløpet, samt resultat av helsetjenestens ytelser for pasientene. Indikatorer kan sjelden stå alene, men kan brukes som ledd i en samlet vurdering. Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer: (Helsenorge.no, 2012)

#### 1. Strukturindikatorer

(rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.)

#### 2. Prosessindikatorer

(aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)

#### 3. Resultatindikatorer

(overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

## 2.3 Balansert målstyring

Ny organisering av offentlig virksomhet stiller andre krav til resultat enn ensidig fokusering på økonomi. Dette har skapt behov for flerdimensjonale styringssystem.

Fokus på kortsiktig økonomisk resultat er ikke nødvendigvis sammenfallende med organisasjonens langsiktige verdiskaping. I dette bildet kan resultatet bli en suboptimalisering av organisasjonens ressurser.

Sykehusene har kommet i en konkurransesituasjon hvor god budsjettstyring ikke nødvendigvis gir tilstrekkelig konkurransekraft. Økt fokus på helhetlig virksomhetsledelse har skapt begrep som total kvalitetsledelse og balansert målstyring. Total kvalitetsledelse har endret fokus fra kvalitetssikring i produksjonslinjen for varer og tjenester til å bli mer kundefokusert og implementert i de ansattes hverdag.

Robert Kaplan og David Norton publiserte i 1992 teorien rundt Balansert målstyring. Et av hovedpoengene kan uttrykkes slik:

” *What you measure is what you get*” (Kaplan, 1992, s. 71)

Med dette utgangspunktet utviklet de ikke-finansielle måleparametre i tillegg til økonomiske målsettinger. Balansert målstyring har som hensikt å koble organisasjonens langsiktige mål og strategi, for så å omsette den til kortsiktige tydelige operasjonelle mål. Det overordnede målet er å skape konsensus i organisasjonen om retning og utvikling. Det ønskede resultatet er økt ytelse. Det er fire sentrale perspektiv som vektlegges:

- *Finansielle indikatorer* med tradisjonelle økonomiske mål som avkastning og økonomisk resultat
- *Kundeperspektivet* som i helsetjenesten kan omformes til pasienttilfredshet og preferanse til spesielle institusjoner eller aktører
- *Interne produksjonsprosesser* som i tillegg til innovasjon også klart vektlegger kvalitetssikring
- *Læring og vekst* med fokus på konsistens mellom organisasjonens kunnskapsnivå, informasjonssystemer, trivsel og effektivitet

Implementering av denne strategien fordrer kommunikasjon på bred front ned i organisasjonen. Budskapet må formidles og gjøres troverdig og forståelig for medarbeiderne, for å skape tillit gjennom å aktivisere sentrale fagfolk. Uten tillit til prosessen vil lett interne konflikter og maktkamper lamme nødvendig styring mot strategiske målsettinger (Grund, 2006)

### 2.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess der informasjon, ideer, holdninger og følelser overføres mellom en gruppe eller individer. Kommunikasjon bidrar til å opprettholde eller forandre en organisasjon og er dermed også en nøkkel til lederskap.

Klassisk litteratur rundt kommunikasjonsnettverk referer ofte til Leavitts eksperimenter der personer i sentrale posisjoner som tok lederskap, utviklet positive reaksjoner, mens personer i perifere posisjoner ga uttrykk for dårlig trivsel og utviklet apati og etter hvert destruktive tendenser. (Brochs-Haukedal, 2010)

Det er i prinsippet mulig å definere tre ulike kommunikasjonsproblem.

- Problem i kommunikasjonsprosessen søm følge av feil koding av meldingene. Det vil si ulik bruk av ord og uttrykk
- For mye informasjon
- Opportunistisk adferd der informasjon enten blir holdt tilbake eller brukes til å fremme egne interesser. Mellomledere er i en posisjon der hensynet til egne verdier, oppfatninger og posisjoner kan føre til at de bevisst filtrerer eller endrer informasjon til underordnede. Tilsvarende kan meldinger oppover i hierarkiet bli mangelfull eller lite etterrettelig. Hensikten er å fremme egne interesser gjennom å framstå som mer positiv enn den reelle situasjonen tilsier.

En leder må også beherske den uformelle kommunikasjonen, (småpraten), dersom hun eller han skal vinne de ansattes tillit. Slik har de mulighet for å påvirke kultur, holdninger og fremme læring. Måltrettet prioritering av motivasjon og kommunikasjon utvikler kompetanse. (Jacobsen D.I, 2007)

### 2.4 Ulike styringslogikker

William G. Ouchi diskuterer i sin kjente artikkel fra 1977 (Ouchi, 1977) sammenhengen mellom struktur og styring i en organisasjon. Etter hans oppfatning er kontroll en utviklingsprosess basert på vurdering av adferd eller resultat (output). Målstyring kan bare bli mulig der vi har tydelig kunnskap om sammenhenger mellom årsak og virkning (kausalkunnskap). Uklare målformuleringer og mangelfull kausalkunnskap gjør det umulig å styre adferd og resultat. Det profesjonelle skjønnnet og profesjonenes normer vil fylle tomrommet av manglende kausalkunnskap med utstrakt grad av profesjonsstyring eller normstyring (Ouchi, 1977).

Denne sammenhengen illustreres gjennom følgende tabell:

		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultat- mål	Klare	Resultat-/ Adferds- styring	Resultat- styring
	Uklare	Adferds- styring	Rituell styring/ Profesjons- styring

**Figur 2: Kunnskap om mål – middelrelasjonen og konsekvenser for styringsform.**

(Pettersen, et.al, 2008,s. 129)

Virksomhetens rammebetingelser, målbilde og erkjennelse av årsak og virkning gir grunnlag for flere alternative styringsprinsipp.

Adferds styring gjennomføres ved at man utvikler et rammeverk av regler eller prosedyrer for å oppnå ønsket resultat. Det forutsettes at ledere har kompetanse på årsak og virkningsmekanismer. Uten slik kunnskap blir målsettingen diffus og styring får mer karakter av blindstyring. (Pettersen, et.al, 2008)

## 2.5 Organisasjonskultur

Innenfor en åpen systemteoretisk referanseramme, er kultur et vesentlig element for å forstå menneskenes adferd. Edgar Schein er en nøkkel referanse i litteratur rundt organisasjonskultur. Schein definerer organisasjonskultur slik:

*”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problem med ekstern tilpasning og intern integrasjon som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene ” (Jacobsen D.I, 2007, s. 120)*

I følge Schein deles grunnleggende antagelser på bakgrunn av læring, mestring og erfaringer. Disse oppstår i samspillet mellom mennesker for å skape mening, sammenheng og stabilitet i fellesskapet. Det utvikles praksismønstre og sedvaner. (Bang, 2008).

Kulturbegrepet betraktes ofte som en konstruksjon som ikke er gjenstand for direkte observasjon, men som en kan slutte seg til ut fra utsagn eller adferd. Geerd Hofstede omtaler kultur som en kollektiv mental programmering som skiller en gruppe mennesker fra en annen.



Det kan utvikles kulturforskjeller mellom ulike nivå i organisasjonen der ulike subkulturer kan leve sammen. (Hofstede, 1993)

I en analytisk sammenheng kan kulturbegrepet forstås og forklares på ulike nivå. Det vanlig å beskrive et dynamisk og gjensidig forhold mellom kulturuttrykk og kulturinnhold.

Kulturuttrykk omtales av flere forfattere som artefakter som synlige uttrykk for kulturinnholdet. (Bang, 2008)

*Artefakter* kan inndeles i fire kategorier

- *Adferd* og kroppsspråk kan symbolisere grunnleggende antagelser om relasjoner og verdier i organisasjonen også gjennom affektive uttrykk
- *Verbale uttrykk*, språk og sjargong uttrykker ofte sterke symbol på tilhørighet. Verbalt uttalte verdier og normer er ikke alltid i samsvar med de levde verdiene.
- *Materielle uttrykk* gjennom fysiske objekter, logoer, uniformer og bygninger kommuniserer et budskap til omgivelsene
- *Strukturelle uttrykk* gjennom seremonier, prosedyrer og ritualer opprettholder kjerneelementer i en kultur gjennom et sosialt drama som gjentas med definerte roller.

Uttrykkene er symboler som må tolkes som kulturbærere for å gi mening. Rammen for fortolkningen av budskapet finnes i organisasjonen selv og har sin gyldighet der. Som symbol har de fire hovedfunksjoner (Jacobsen D.I, 2007, s. 127)

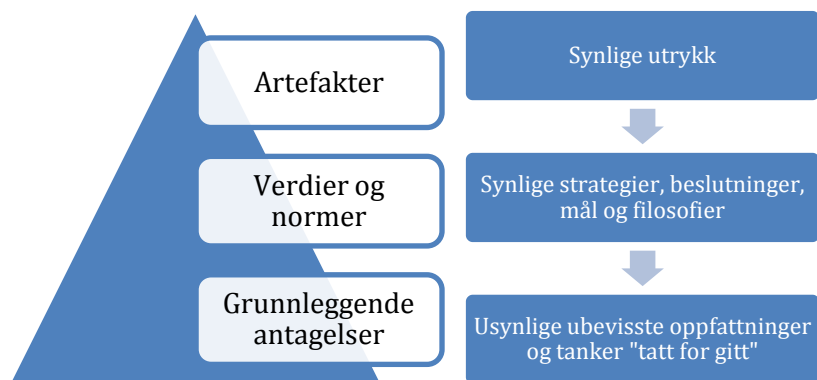
- De speiler organisasjonskulturen
- De former medlemmenes tekning og adferd
- Gjør det enklere å dele erfaringer
- Gjør det lettere å integrere ulike meninger om organisasjonen

Samtidig er forholdet mellom kultur og artefakt gjensidig i det kulturuttrykkene også er med på å skape, opprettholde og endre kulturens innhold. (Bang, 2008)

*Kulturinnhold* blir hos noen forfattere omtalt som kjerneelementer i form av grunnleggende antagelser, normer og verdier og virkelighetsoppfatninger. Schein, (1985) skiller mellom grunnleggende antagelser og verdier. Med verdier mener han det organisasjonen sier at den legger vekt på gjennom uttalte målsettinger, strategier, visjoner og grunnlagsdokumenter. Det kan imidlertid være et misforhold mellom det organisasjonen sier eller forfekter, og de teorier og verdier som virkelig ligger bak de ansattes faktiske handlinger.

Argyris og Schön (1978) introduserte begrepene uttalte teorier (espoused theories) og bruksteorier (theories-in-use) . Bruksteoriene er ofte ikke bevisst for den enkelte medarbeider og kan være i direkte motsetning til de forfektete teoriene. Dette skaper utfordringer i forsøk på å kartlegge grunnleggende antagelser. Gjennom spørreskjema og intervjuer møter en de uttalte teoriene. Kulturens kjerneelementer er ofte implisitt, udiskutable og lite bevisst. (Bang, 2008)

I en analytisk tilnærming er bare artefaktene tilgjengelige for observasjon. Artefaktene representerer både en symbolsk og verdipreget side, men også en instrumentell side. I sum gir dette en analyse av organisasjonskulturen. (Bang, 2008)



**Figur 3: Sammenheng og påvirkning mellom organisasjonskulturens lagdeling**  
(Jacobsen D.I, 2007, s. 123)

*Verdier og normer* er i mange situasjoner knyttet sammen gjennom uskrevne regler, ved at normene beskriver passende adferd i bestemte situasjoner. Verdiene er abstrakte begrep og følger av bevisste valg ut fra grunnleggende antagelser og vil være styrende for hva som anses som passende adferd og angi retningslinjer for handlinger. På dette nivå kan målkonflikter og prioriteringer være styrende for hva som gruppen definerer som rett eller gal praksis. Hofstede (1980) definerer verdi som:

*"(...) en bred tendens til å foretrekke visse tilstander framfor andre"* (Bang, 2008, s. 47)

Hofstede (1993) definerer verdier er en del den mentale programmeringen. Igjen kan det være et misforhold mellom de uttalte verdiene (espoused theories) og bruks verdiene (theories-in-use) (Bang, 2008)

*Grunnleggende antagelser* innebærer felles fortolkninger og innlærte responser. Gruppen tar oppfatninger, tanker og meninger for gitt, og definerer det som en sannhet. Dette nivået representerer på mange måter det kulturelle fundamentet og de egentlige kjerneverdiene til organisasjonen. Grunnleggende antagelser formes først og fremst gjennom handlinger. En skiller gjerne mellom to typer grunnleggende antagelser:

- Antagelser om løsning av eksterne problemer - hvordan arbeidet skal utføres og evalueres
- Antagelser om løsninger av interne problem – hvordan medlemmene skal forholde seg til hverandre.

Schein hevder at hans begrep grunnleggende antagelser er synonymt med begrepet bruksteori (Theory-in-use) i Argyris begrepsapparat. (Bang, 2008)

Gjennom fortolkning av symboler vil individene i en organisasjon sammen skape en kollektiv virkelighetsforståelse gjennom samhandling mellom gruppens medlemmer. Denne virkelighetsforståelsen overføres gjerne til nye medlemmer.

Organisasjonskultur bedømmes ofte fenomenologisk gjennom kvalitative metoder som observasjoner og intervjuer. Begrepet organisasjonsklima referer til uttrykket av organisasjonskultur i en organisasjon. Organisasjonsklima gjenspeiler de kulturelle antagelsene og blir etter hvert erstattet med en mer forankret kultur som dermed får en videre og dypere betydning. I denne sammenhengen ligner vurdering av organisasjonsklima undersøkelser av holdninger i organisasjonen. (Guldenmund, 2000)

Holdninger kan defineres som:

*”Psykologisk tendens som uttrykkes gjennom evaluering av et gitt fenomen med noen grad av favor eller ufavor”* (Eagle og Chalken 1993 s1 referert av Guldenmund, 2000)

Organisasjonsklima kan således igjen defineres som holdninger til organisasjonens medlemmer på aggregert nivå. (Guldenmund, 2000)

Holdninger er også en sentral del av kompetansebegrepet og en forutsetning for å ta opp ny kunnskap og ferdigheter. Disse egenskapene er tett knyttet sammen i kompetansebegrepet og sammen gir de uttrykk for et individs kompetanse. I en kompleks kompetanseorganisasjon som et sykehus, er adekvate holdninger en forutsetning for vedlikehold av kunnskap. (Johannesen J. O., 2007)

Etter Edgar Scheins definisjon av organisasjonskultur tilsvarer organisasjonsklima begrepene uttrykte verdier, som igjen identifiseres gjennom medlemmenes holdninger som artefakter. Holdninger har alltid et objekt og er responser av enten kognitive, affektive eller atferdsmessige prosesser. Schein har inkludert den kognitive og den affektive del i sin definisjon av kjernen i organisasjonskultur. I denne modellen tilligger den atferdsmessige delen de ytre lagene (artefakter). (Guldenmund, 2000)

### 2.5.1 Lederens betydning for organisasjonskulturen

Det er en diskusjon i litteraturen om kultur kan være et styringsverktøy for ledelsen, eller om den lever sitt eget liv uten stor muligheter for påvirkning. Spesielt i tider med kriser og sterkt ytre press vil organisasjonen være mottakelig for endringer. Den utløsende faktoren er ofte en alvorlig hendelse i eller utenfor organisasjonen. (Bang, 2008)

Gjennom sin maktposisjon i organisasjonen hevder E. Schein at ledere har en spesiell mulighet til å prege organisasjonen, først og fremst gjennom endringer i organisasjonens kulturuttrykk. Dette medfører handling som er konkret og synlig. Ledelsen kan påvirke kulturen gjennom fem kanaler. (Bang, 2008)

1. *Oppmerksomhet.* Ledere preger sin organisasjon gjennom sin oppmerksomhet mot bestemte verdier og mål, samt hvilke deler av driften de vektlegger gjennom målinger, kontroller og belønninger.
2. *Reaksjoner på kriser og uheldige hendelser.* Gjennom dramatiske hendelser i organisasjon vil ledelsen kunne skape ny organisering, normer og verdier som etter hvert vil prege kulturen. En krise vil kunne gi en virkelighetsforståelse som sterkt kan inspirere organisasjonen til grunnleggende endringer.
3. *Rollemodell.* Ledelsen adferd og prioriteringer kommuniserer verdier og holdninger til resten av organisasjonen.
4. *Fordeling av belønning og status.* Gjennom formelle og uformelle belønningssystem oppfatter organisasjonen raskt hvilke prioriteringer, verdier og antagelser som ledelsen legger til grunn.
5. *Rekruttering.* Ledelsens verdier og prioritering kommer ofte klart til syne gjennom valg av medarbeidere inn i en kultur som de har skapt eller ønsker å endre.

## 2.6 Sikkerhetskultur

Guldenmund (2000) har i sin oversiktsartikkel om sikkerhetskultur analysert tilgjengelig litteratur om organisasjonskultur i denne konteksten. Han konkluderer med at Edgar Scheins definisjon av organisasjonskultur med tilhørende begrepsapparatet er så god, at det ikke behov for en ny definisjon av sikkerhetskultur. Ut fra dette kan også sikkerhetskultur beskrives og analyseres ut fra det samme begrepsapparatet med Scheins tre lag. De grunnleggende antagelsene er kjernen også i sikkerhetskulturen. Dersom sikkerhet blir tema for refleksjon i hele organisasjonen, vil det etter hvert befestes seg i de grunnleggende antagelsene som kan gjennomsyre hele organisasjonen. Sikkerhetsklima tilsvarer uttrykte verdier og normer som operasjonaliseres som holdninger. Det ytre laget som Schein omtaler som artefakter, finner vi her som manifestasjoner av sikkerhetskulturen som kan observeres gjennom rapportering av uheldige hendelser og nestenulykker, adferd, bruk av sikkerhetsutstyr og antrekk. (Guldenmund, 2000)

### 2.6.1 Individuell tilnærming.

Menneskelige feil kan altså analyseres ut fra to ulike prinsipper; en individuell tilnærming og en system tilnærming ut fra ulike tilnærminger og filosofi. (Reason, 2000)

Individuell tilnærming har vært det tradisjonelle fokuset på en uheldig handling der den enkelte helsearbeider blir gjort personlig ansvarlig. Årsaken begrunnes i personlige feil som uoppmerksomhet, skjødesløshet eller forsømmelse.

Innenfor denne tradisjonen blir tiltakene for å møte slike hendelser rettet mot individet gjennom å skape frykt, utarbeide nye prosedyrer eller disiplinære forføyninger for å finne en syndebukk. Feil blir et moralsk anliggende. Det kan også være i betimelig for ledelsen å legge ansvaret for en uheldig hendelse på et enkelt individ. Dermed fritas ledelsen for ansvar og dermed også muligheten til å bygge en sunn sikkerhetskultur. Analogien blir ”som med mygg,” en kan slå ned på en og en, men det kommer alltid flere.

En vektlegging på personlig ansvar og skyld undergraver tillit og stimulerer ikke til rapportering av uheldige hendelser. Dermed får organisasjonen ikke kjennskap til hendelsene og heller ikke mulighet til å se disse i sammenheng. (Reason, 2000)

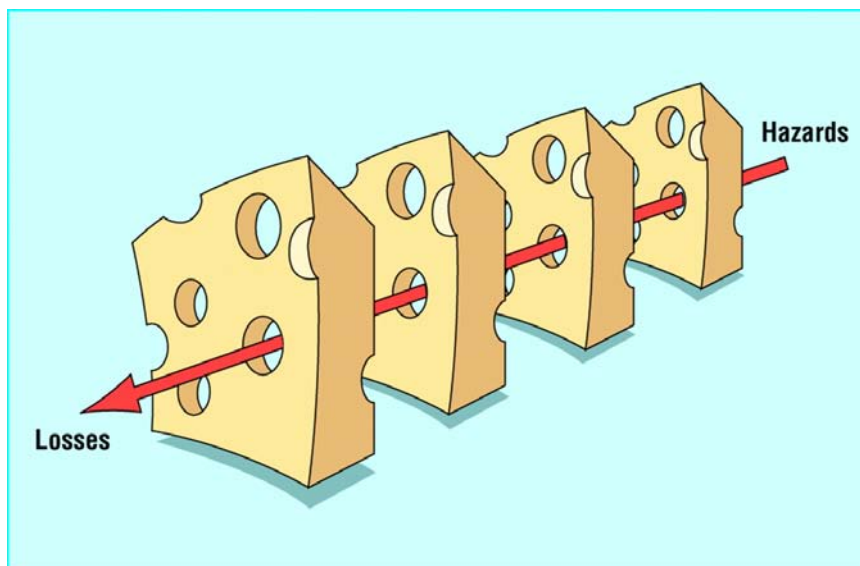
### 2.6.2 System tilnærming

Utgangspunktet er at det er menneskelig å feile og en må forvente uheldige hendelser i alle organisasjoner.

Feil blir dermed konsekvensen av uheldige omstendigheter i systemet rundt individet. En sentral tilnærming blir dermed å bygge opp forsvarslinjer som hindrer konsekvensene av forventede uheldige hendelser.

Dette er kjent filosofi innen høyteknologisystem som luftfart, oljeindustri og kjernekraftverk. Forsvarsverkene har mange nivå som tekniske innretninger (alarmer, fysiske barrierer osv.), menneskelige ferdigheter hos fagpersonene og prosedyrer og administrative bestemmelser. Formålet er å beskytte pasienter og medarbeidere mot individuelle feil. Ideelt skulle hver forsvarslinje være helt intakt, men i virkeligheten finnes det alltid svakheter som kan illustreres med hullene i en sveitserost. Hullene oppstår av to grunner, aktive feil og latente forhold. Latente feil er ofte skjult og kan være tilstede i lang tid som følge av uheldig konstruksjon, uheldige prosedyrer eller administrative beslutninger som bemanning, tidspress, dårlig utstyr. Under gitte omstendigheter kan de komme til syne som følge av en aktiv feilhandling.

Dersom alle forsvarslinjene får hull som overlapper hverandre, kan dette bli et bilde på at systemet ikke har tilstrekkelig sikkerhetsnett for å møte forventede menneskelige feil. Dette kan vises med følgende illustrasjon. (Reason, 2000)



**Fig 4: James Reason, BMJ 2000;320:769**

Organisasjonen kan møte disse truslene på to fronter. Først og fremst ved å hindre farlige feil, men ettersom dette ikke er mulig fullt ut, må virksomheten bygge forsvarsverk som tåler feil og begrenser konsekvensene av uheldige hendelser. Latente feil kan oppdages og utbedres før aktive feil skaper farlige situasjoner for pasienter og medarbeidere. Aktiv sikkerhetskultur handler ikke først og fremst om å begrense frekvensen av individuelle feil, men å bygge et robust system som begrenser konsekvensene av forventede feil. (Reason, 2000)

### 2.6.3 The Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)

Selv om litteraturen de senere årene har vært opptatt av å forklare verdier og holdninger til sikkerhetskultur i organisasjoner generelt, er det utviklet få instrument for å evaluere sikkerhetskulturen i helseorganisasjoner. De fleste er utviklet i amerikanske sykehus og basert på spørreundersøkelser som gir relativt overfladisk informasjon om holdninger og meninger blant helsearbeidere uten å kartlegge grunnleggende verdier.

Det har vært et grunnleggende behov for å gjøre begrepene innen pasientsikkerhet meningsfulle for personell i klinisk virksomhet. (Kirk, 2007)

Pasientsikkerhetskultur i en organisasjon omfatter en felles oppfatning og adferd knyttet til sikkerhetsspørsmål, og til varige og gjennomgripende forandringer for pasientsikkerhet. Flere instrument med ulike egenskaper er utviklet for å måle sikkerhetskultur i en helsetjenesteorganisasjon, de fleste er utviklet i USA. (Kristensen, 2009)

Innenfor EU området er tre instrumenter anbefalt brukt:

- Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) utviklet i USA
- Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) fra Storbritannia.
- Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) fra USA.

I den norske pasientsikkerhetskampanjen er det siste instrumentet (SAQ) anbefalt brukt og skal gjennomføres som Questback undersøkelse. Den anses som en relativt overfladisk evaluering av organisasjonskulturen vurdert ut fra individenes holdninger

*The Manchester Patient Safety Assessment Framework* (National Health Service, 2006; Helsedirektoratet, 2011) ble utviklet av gruppen til professor Dianne Parker ved Manchester University. Modellen er basert på teoriene til den amerikanske sosiologiprofessoren Westrum. Han hevder at nøkkelen for å karakterisere organisasjonskultur i organisasjoner er å beskrive hvordan informasjon blir håndtert. Han beskrev 3 ulike organisasjonskulturer; den patologiske, den byråkratiske og den generative i stigende grad av modenhet. (Westrum, 2004). Denne tredelingen er siden blitt utvidet av Parker og Hudson til en 5 delt modell som er godt kjent innen olje- og gassindustri. (Kirk, 2007)

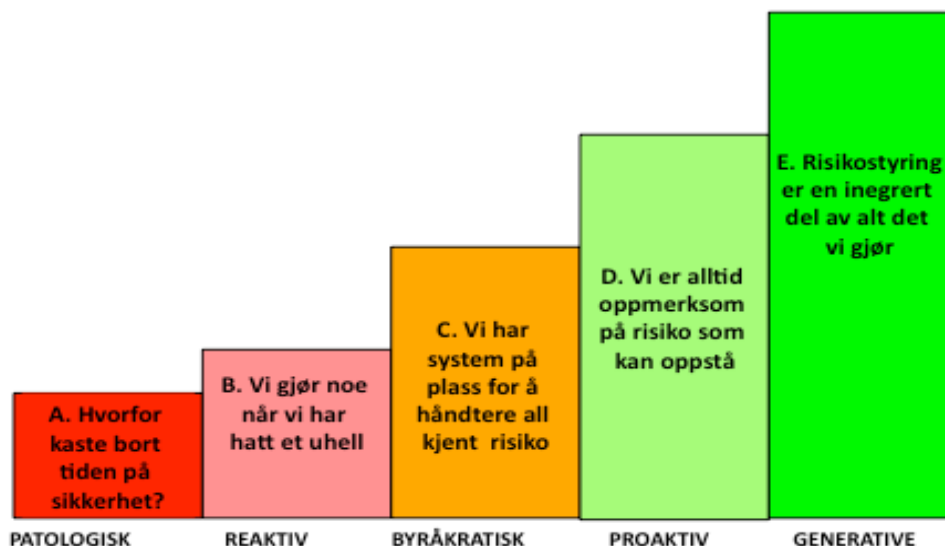


Fig 5: Grad av modenhet i sikkerhetskulturen i organisasjonen (Kirk et.al. 2007)

Målsettingen med *The Manchester Patient Safety Assessment Framework* var å fylle tomrommet mellom ledelsen som ønsker å skape en sikkerhetskultur, og personalet i frontlinjen som skal implementere en slik kultur. (Kirk, 2007)

Metoden er et rammeverk som består av 10 overordnede spørsmål, knyttet opp mot fem dimensjoner med ferdigutfylte svaralternativer for hvert spørsmål. Dette er en Guttman skala med kumulativt nivå av modenhet på den ene skalaen, og dimensjoner av pasientsikkerhet på den andre

## 2.7 Pasientsikkerhet og klinisk lederskap

Medisinske feil eller uønskede hendelser i helsetjenesten kan defineres som utilsiktet eller uønsket resultat av medisinsk utredning og behandling. Den vanligste problemene som kan oppstå i forløpet av medisinsk behandling er medikamentbivirkninger, transfusjonsreaksjoner, kirurgiske komplikasjoner og feil-side operasjoner, selvmord, fall, forbrenninger, liggesår og feil pasientidentitet. *"To Err Is Human"* er tittelen på en rapport fra Institute of Medicine i USA i 1999. Denne publikasjonen satte for alvor søkelyset på sikkerheten innen helsetjenesten. Den hevder at mellom 44 000 og 98 000 mister livet på sykehus i USA som følge av medisinske feil som kunne ha vært forebygget. Selv med det laveste estimatet representerer dette den 8. vanligste dødsårsaken i USA foran trafikkulykker, brystkreft og AIDS. (Kohn, 1999)

En annen hovedkonklusjon er at de fleste feil oppstår ikke som resultat av individuell skjødesløshet eller forsømmelse. Uheldige hendelser har oftere sin årsak i prosesser og systemer som leder mennesker til å gjøre feil. (Kohn,1999).



Harvard Medical Practice Study i USA tilskriver menneskelige feil i 27,6 % av alle uheldige hendelser (Brennan, 1991). Innenfor helsetjenesten er to forhold ofte oversett; det er i mange tilfeller de beste som er involvert i de største feilene, og uheldige hendelser tenderer til å danne et mønster (Reason, 2000).

I Storbritannia skapte avsløringene rundt høy dødelighet ved hjertekirurgi hos barn på Bristol Royal Infirmary i 1995 et press på National Health Service for bedre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling. Regjeringen i Storbritannia ønsket å etablere en ny trend gjennom systematisk arbeid for å forbedre kvaliteten innen helsetjenesten. (Smith, 1998) Stor offentlig oppmerksomhet mot alvorlige kliniske feil medførte introduksjon av begrepet *clinical governance*, som en motvekt til en markedsdrevet helsetjeneste der kvalitet i behandling og omsorg var underordnet pris og kvantitet. Den mest siterte definisjonen av Clinical Governance er publisert av G Scalley (1998).

*"A framework through which NHS organizations are accountable for continually improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellency in critical care will flourish."* (Scully, 1998, s. 61)

Begrepet omtales på norsk som klinisk lederskap eller virksomhetsstyring i sykehus. Nøkkelord her er å definere og gjennomføre høy standard i helsetjenester, tydelig ansvar, kontinuerlig forbedringsarbeid og forbedrings kultur / klima. Pasientsikkerhetskultur i en organisasjon omfatter en felles oppfatning og adferd knyttet til sikkerhetsspørsmål og til varige og gjennomgripende forandringer for pasientsikkerhet. (Grund, 2006)

## 2.8 Dekopling i sykehus

Ut fra et ny institusjonelt perspektiv vil en organisasjon utad forsvare sin legitimitet ved å tilpasse seg ytre påvirkninger og krav. Ytre fordringene bør være konsistente, ettersom motstridende krav eller krav som strider mot etablerte verdier og normer, vil nøytraliseres ned i organisasjonen og medføre en dekopling fra styringskrav. Brunsson beskriver en hyklerisk organisasjon som utad forfekter andre verdier og normer enn de som er gjeldende innad. (Brunsson, 1998). Det blir ikke samsvar mellom prat og praksis.

Her møtes to sett rasjonalitet, den medisinske logikk og den økonomiske-administrative rasjonalitet. Den medisinske logikk er i sin natur reduksjonistisk med klar kausalkunnskap styrt av naturvitenskaplige tilnærminger til den enkelte pasientens beste. Den har et nedenfra og opp perspektiv i organisasjonen.

Essensen av den økonomisk-administrative logikk er tilpasning til økonomiske rammer og politiske mål. Dette organisatoriske perspektivet er ovenfra og ned og med kostnad-nytte vurderinger som grunnlaget for prioriteringer. (Grund, 2006)

## 2.9 Sammenfatting av teori

De internasjonale strømmingene med oppmerksomhet mot pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i helseorganisasjoner har blitt aktualisert i Norge gjennom Pasientsikkerhetskampanjen. (Helsedirektoratet, 2011) Andre virksomheter med tilsvarende risiko og høye krav til risikostyring har tatt opp i seg grunnleggende tenkning og forståelse av organisasjonskultur og sikkerhetsklima representert i første rekke gjennom Edgar Scheins begrepsapparat rundt kulturinnhold og kulturuttrykk. Guldenmund overfører disse begrepene også til tenkningen rundt sikkerhetskultur generelt.

Reason beskriver i prinsippet to ulike tilnærminger til uheldige hendelser og risiko innen helseorganisasjoner, en individuell og en systematisk referanseramme. Med utgangspunkt i den amerikanske erkjennelsen at det er menneskelig å feile, blir de systematiske forsvarslinjene viktig for å beskytte pasienter og personell mot konsekvensene av uheldige hendelser. Dette er et betydelig ansvar for klinisk lederskap som må sette standard med kvalitetsparametere og kommunisere sikkerhetskultur nedover i organisasjonen for å unngå dekobling mellom prat og praksis, mellom de forfektete og levde verdiene. For å stimulerer til refleksjon og erkjennelse av innholdet i sikkerhetskultur for helsetjenesten, er det utviklet en metode gjennom *The Manchester Patient Safety Assessment Framework*. Denne matrisen vil i fortsettelsen bli omtalt som *pasientsikkerhetsmatrise*.

## 3 Metode

### 3.1 Valg av metode

Vi har valgt å benytte kvalitativ metode. Vi ville ha en myk tilnærming og deretter gå mer i dybden for å øke vår helhetsforståelse. (Johannesen A, 2011, s. 370) Med bakgrunn i metodevalg gjennomførte vi et kvalitativt forskningsintervju. Vårt mål var å hente så mye informasjon som mulig fra et begrenset antall informanter, her kalt respondenter. Ifølge Kvale (1997) skal intervjuet bære preg av en dialog. (Johannesen A, 2011)

Vi startet med å utarbeide en intervjuguide, se vedlegg 3. Vi brukte sammen mye tid på å diskutere hvilke spørsmål som ville gi oss best svar på vårt forskningsspørsmål som var:

*”Hvilke holdninger har mellomledere i Nordlandssykehuset til kvalitet og pasientsikkerhet”?*

Hvordan skulle vi lage en logisk struktur og oppbygging? Målet var forbedring og vi valgte derfor å bruke kvalitetssirkelen, som vist i figur1, kapittel 2 Teori.

Intervjuguiden ble derfor utarbeidet etter følgende mal:

- Planer og mål (Plan)
- Implementering (Do)
- Evaluering (Study)
- Oppfølging (Act)

For hvert punkt stilte vi fem spørsmål som skulle gi oss mer informasjon om hvilke holdninger og kunnskap respondentene hadde til pasientsikkerhetsarbeidet. Vi prøvde gjennom spørsmålene også å danne oss ett inntrykk av hvordan de arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og om de hadde tatt i bruk de ulike systemverktøy som støtte i arbeidet.

*”The Manchester Patient Safety Assessment Framework”* ble valgt som verktøy i analysen. Matrisen skal gi oss en oppfatning av holdninger og modenhet i forhold til sikkerhetsaspekter i organisasjonen. Den er et rammeverk som består av 10 overordnede spørsmål, med ferdigutfylte svaralternativer for hvert spørsmål. Svarene skal deretter knyttes opp mot fem dimensjoner, kategorisert i A,B,C,D og E. De ulike kategoriene beskrives som patologisk, reaktiv, byråkratisk, proaktiv og generativ. Dette er skissert i figur 5 i teorigapitlet. (Kirk, 2007)

Denne matrisen blir definert av EUNetPaS som:

*”En metode som kan benyttes til å samle informasjon omkring aspekter ved pasientsikkerhetskulturen. Instrumentet kan alene, eller som del av en prosess understøtte vurderinger omkring-, fremme og/eller utvikle pasientsikkerhetskultur”* (EUNetPaS)

I vår undersøkelse er ikke denne matrisen ment som et pre strukturert spørreskjema, som ville kunne begrense muligheten for det vi ønsket å vite noe mer om. Vi har benyttet den som et grunnlag for refleksjon og diskusjon rundt de ulike utsagnene. Videre har vi hatt gode samtaler med respondentene hvor vi har benyttet de oppfølgende spørsmålene som vi hadde utarbeidet på forhånd. Vi har dermed gitt dem større frihet til å uttrykke seg enn et pre strukturert spørreskjema i utgangspunktet tillater. Vi har likevel holdt fast ved oppfordringen til at de skulle kryse av for den dimensjonen de kjente seg best igjen i, for å få et bilde av organisasjonens modenhet i forhold til sikkerhetsspørsmål. I og med at vi har hentet matrisen fra Storbritannia er det således ikke våre antagelser som ligger til grunn for hvordan ting henger sammen.

Vi har også laget en tabell som viser resultatene for hvilken dimensjon respondentene identifiserte seg mest med i alle spørsmål. Denne tabellen omtales nærmere i kapittel 4 Empiri.

### 3.2 Forskningsdesign

Vi har et deskriptivt forskerdesign med fenomenologisk tilnærming. (Johannesen A, 2011, s. 88) Vi forsøkte å beskrive virkeligheten slik våre respondenter oppfattet den med et fortolkende blikk. Dette gjorde vi gjennom å utføre en case studie som så nærmere på pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset HF. Settingen var mellomledere. (Johannesen A, 2011, s. 123)

### 3.3 Godkjenning og gjennomføring

Godkjenning for intervjuene ble gitt av administrerende direktør i Nordlandssykehuset HF etter skriftlig søknad, se vedlegg 1. Vi hadde på forhånd laget oss en plan over hvordan arbeidet med oppgaven skulle skride frem. Intervjuene var planlagt til uke 12, og avtalt med respondentene på telefon og ved direkte kontakt. Grunnet sykdom på den ene respondenten måtte et av intervjuene forskyves til uke 13. Vi klarte å gjennomføre etter plan, til tross for at store forsinkelser på fly og kanselleringer ga en del uventede utfordringer for gjennomføringen. Velvillige respondenter som tilpasset sin tid utover det som opprinnelig var avtalt, gjorde det mulig for oss å holde fremdriftsplanen.

Tidsforbruk på de ulike respondentene er vist i tabell 1. Det varierte fra 1 time og fem minutter til 1 time og 30 minutter. Gjennomsnittet lå på 1 time og 15 minutter.

Uke	Respondent	Tidsforbruk	Organisasjon
12	1	1 time og 5 minutter	Nordlandssykehuset HF
12	2	1 time og 15 minutter	Nordlandssykehuset HF
12	3	1 time og 15 minutter	Nordlandssykehuset HF
12	4	1 time og 30 minutter	Nordlandssykehuset HF
12	5	1 time og 10 minutter	Nordlandssykehuset HF
13	6	1 time og 15 minutter	Nordlandssykehuset HF

**Tabell 1: Intervjustatistikk**

Nordlandssykehuset er klinikkorganisert. Dermed inneholder en klinikk avdelinger både i Bodø, Vesterålen og Lofoten. Derfor ble også ledere som arbeidet ved de to lokalsykehusene utvalgt til intervju. Vi gjorde et strategisk utvalg av respondenter for å sikre at vi hadde hensiktsmessig kompetanse fra det ledernivået vi ønsket å undersøke. (Johannesen A, 2011, s. 111) Vi plukket ut seks ledere som hadde sin tilhørighet i tre ulike klinikker. Medisinsk klinikk og Prehospital klinikk er ikke involvert i vår undersøkelse, grunnet vår tilknytning til disse klinikkene. Respondentene var videre fordelt på to ledere i Vesterålen, to ledere i Lofoten og to ledere i Bodø. Respondenter fra alle de tre somatiske sykehusene skulle bidra til å gi et best mulig svar på vårt forskningsspørsmål. Deres erfaring og forståelse ville kunne gi en mening til det vi skulle undersøke. Når det gjelder profesjon hadde vi av disse seks en fordeling på to leger, og fire sykepleiere.

I forbindelse med praktisk gjennomføring innhentet vi informert skriftlig samtykke fra alle respondentene. Vi benyttet også lydbåndopptak, slik at vi kunne transkribere intervjuene helt korrekt. Vi hadde utstyrt oss med en diktafon og en elektronisk båndopptaker, slik at vi hadde en back up løsning, dersom noe skulle gå feil. Dette viste seg å være klokt fordi diktafonen i et par av intervjuene hadde så mye støy på opptaket at det periodevis var uleselig. Alle lydbåndopptak ble slettet når vi var ferdige med dette arbeidet. Vi har valgt å kalle gjengivelsen av disse intervjuene for empiri som belyses nærmere i kapittel 4. De empiriske data som vi gjengir kan ikke regnes for å være virkeligheten, men en tolkning av hva vi observerte at respondentene formidlet til oss. Hvilke observasjoner vi har valgt å vektlegge, vil være preget av vår forståelseshorisont, som er et resultat av vår kunnskap og erfaring. (Johannesen A, 2011, s. 42)

Vi har sørget for at data som blir gjengitt ikke på noen måte kan spores til respondentene, slik at deres anonymitet ble forsvarlig ivaretatt.

De ferdig transkriberte intervjuene ble sendt ut til hver av respondentene i full tekst versjon for kvalitetssikring av innhold. Dette er i tråd med forskningsetiske retningslinjer.

(Johannesen A, 2011, s. 137)

Anonymiteten er også ivaretatt ved at vi i tabell 1, intervjustatistikk henviser til Nordlandssykehuset HF som organisasjon, og ikke tilkjenner hvilket sykehus respondentene kommer fra.

Vi forsøkte å skape en tillitsfull og uformell atmosfære i intervjusituasjonen, hvor preget av at den gode samtalen skulle være dominerende. Slik vi opplevde det gikk dette relativt bra, med unntak av to respondenter som ga uttrykk for litt stress og prestasjonsangst innledningsvis. Vi opplevde at dette ga seg forholdsvis raskt, og følte at det som en tillitserklæring at de faktisk ga uttrykk for disse følelsene. Alle respondentene utenom en fikk velge sted for hvor intervjuet skulle avholdes. På denne måten fikk de bestemme noe av rammen for intervjusituasjonen. Den ene respondenten som ikke valgte sted, ble enige med en av oss om hvor det var mest praktisk å få intervjuet gjennomført. (Johannesen A, 2011, s. 148)

Vi gjennomførte et delvis semi strukturert intervju med en overordnet intervjuguide (se vedlegg 3), i kombinasjon med den ferdigutfylte pasientsikkerhetsmatrisen. (Johannesen A, 2011, s. 142) Den er egentlig ment for en stor målgruppe respondenter som et kvantitativt måleinstrument. Vi valgte å bruke den i vårt kvalitative intervju, som et grunnlag for å stille spørsmål om hvordan respondentene oppfattet utsagnene sett i forhold til egen organisasjon. Vi forsøkte å knytte spørsmålene opp mot kvalitetssirkelen. Dette for å kartlegge hvordan de ulike lederne arbeidet med kvalitet og systematisert forbedringsarbeid i sine avdelinger.

Vi beveget oss dermed litt frem og tilbake mellom oppfølgende spørsmål i forhold til gjennomgang av matrisen der dette var naturlig. Vi flettet videre underveis inn spørsmål fra den overordnede intervjuguiden, slik at vi fikk svar som var mer konkret. Vi benyttet videre noen få beskrivende spørsmål hvor vi ba respondentene å si noe om konkrete hendelser. Men i hovedsak har vi stilt åpne spørsmål som ga respondentene rom for å si noe om hvordan de opplevde det vi spurte om i sin hverdag. (Johannesen A, 2011) Vi tilpasset hver intervjusituasjon individuelt. Matrisen sikret en viss standardisering av intervjuet.

### 3.4 Organisering av datamaterialet

Arbeidet med å gå gjennom de ferdig transkriberte intervjuene og resultatene fra matriseundersøkelsen ble analysert innen seks uker. Vi startet med å lage et system for spørsmålene i intervjuguiden, hvor vi samlet alle tilsvarende svar fra hver respondent for hvert spørsmål. Deretter fargekodet vi svarene som vi anså som viktig å fortolke videre i oppgaven. Vi leste ikke innholdet bokstavelig, fordi vi i relasjonen under intervjuene følte vi hadde fått god innsikt i hva som lå bak svarene. Det var samtidig en utfordring å skulle balansere egen fortolkningsramme på en slik måte at resultatene ble fremstilt så korrekt som mulig. (Johannesen A, 2011, s. 382)

### 3.5 Svakheter knyttet til metoden

En svakhet ved metoden er det lave antall respondenter. Det er derfor vanskelig å generalisere fra våre resultater. I intervjusituasjonen hadde vi ulike roller, hvor vi stilte spørsmål og respondentene svarte. Det vil si at det var vi som kontrollerte situasjonen. Det betyr at partene ikke kunne anses å være likestilte. (Johannesen A, 2011, s. 141) I tillegg var vi to, og respondentene var en. Det kunne for noen kanskje oppleves litt truende.

Det er svakheter knyttet til det kvalitative intervju som forskningsmetode. I vår oppgave har dette blant annet sammenheng med at den ene av oss er klinikkssjef i sykehuset og den andre har arbeidet der i mange år. Således kunne dette gi begrensninger i forhold til hvor åpne respondentene valgte å være i sine tilsvarende svar. Det relasjonelle aspektet kunne dermed påvirke våre data. Ifølge hermeneutisk tradisjon kan våre tolkninger av det respondenten sier, være langt fra det han eller hun mente. (Johannesen A, 2011, s. 365) Dette ble forsøkt balansert ved at respondentene fikk tilsendt de transkriberte intervjuene til kommentering.

Flere av respondentene ga uttrykk for at de gjerne ville hatt mulighet til å sette sammen utsagn fra to kategorier i matrisen, for å bedre identifisere seg med et mer korrekt svar. Disse innspillene har vi tatt med oss, og fått mange gode refleksjoner rundt. Gjennomgående for alle var at de ikke kunne si at publikum og pasienter var involvert på en slik måte som beskrevet i matrisen. Dette var en svakhet i vår tilnærming som forvirret respondentene. Vi måtte bruke noe tid på å forklare dem at de måtte legge vekt på innholdet i de resterende utsagnene for hver dimensjon. I og med at dette perspektivet var så gjennomgående kan det være et uttrykk for at Storbritannia er kommet noe lenger enn Norge i en slik type involvering.

Det positive med dette var at flere av respondentene ga uttrykk for vi kanskje kunne bli betydelig bedre på dette området.

Vi som intervjuere reflekterte grundig over egen atferd etter hvert intervju. Vi har begge begrenset intervjutrening i forskningssammenheng og derfor kan det ha bidratt til å påvirke de svarene vi fikk. (Johannesen A, 2011, s. 148). Vi forsøkte videre å være aktivt lyttende i forhold til det respondenten fortalte. Utfordringen var å stille åpne oppfølgingsspørsmål, slik at vi ikke på noen måte skulle lede svarene til respondentene i en retning vi kanskje ubevisst kunne komme til å gjøre. Bang omtaler dette som Rosenthal effekten, eller experiment bias effect. (Bang, 2008)

Ifølge Johannesen, et.al har lydopptak klare svakheter som data. Dette begrunnes i at de transkriberte intervjuene ikke fanger opp den non- verbale kommunikasjonen. Ferdige utskrifter kan dermed ikke regnes som god nok dokumentasjon. (Johannesen A, 2011, s. 150).

### 3.6 Validitet

Begrepsvaliditet har å gjøre med i hvilken grad vi virkelig måler det vi ønsker å måle. Metoden anvendes mest i kvantitative studier, mens den ikke passer like godt for kvalitative studier. (Johannesen A, 2011, s. 228) I denne oppgaven kan vi ikke måle holdninger. Vi kan bare gjøre en fortolkning av disse. Vi har dog en liten kvantitativ tilnærming i oppsummeringen av resultater for matrisen, men utvalget av respondenter er for lite til at resultatene på noen måte kan generaliseres. Sett i forhold til ekstern validitet mener vi at det er mulig å overføre deler av den kunnskapen vi beskriver i vår oppsummering og konklusjon. (Johannesen A, 2011, s. 229)

*The Manchester Patient Safety Assessment Framework.* Metoden er validert i Storbritannia både i primærhelsetjenesten, i akuttavdelinger og i psykiatriske avdelinger. Vi har valgt å benytte den matrisen som er utviklet for akuttavdelinger. Metoden har som hovedmålsetting å være til hjelp for å forstå kompleksiteten i en pasientsikkerhetskultur og dermed skape utgangspunkt for refleksjon om holdninger og adferd i egen organisasjon. (Kirk, 2007) Vi har oversatt den til norsk. Vi har validert oversettelsen ved å få to uavhengige kvalifiserte personer til å oversette den fra engelsk til norsk, og tilbake igjen. Dette er en anerkjent metode for å validere oversettelser og at innholdet skal bli korrekt gjengitt. (Olsen, 2007) , (Dehli, 2011)



### 3.7 Reliabilitet

Det vil alltid kunne stilles spørsmål ved reliabiliteten av data som benyttes i forskning. Det vil med andre ord si at de data som vi bruker i vår undersøkelse bør kunne etterprøves, slik at de har størst mulig grad av pålitelighet. (Johannesen A, 2011, s. 46) En årsak til at reliabiliteten kunne bli svekket, er at en av oss arbeider, og den andre har arbeidet ved samme sykehus i overordnede lederstillinger. Dette kunne medføre at respondentene risikerte å få problemer med å være ærlige i sine tilsvær. Dersom vi hadde valgt å anvende matrisen som en quest-back undersøkelse ville vi hatt mulighet for å gjøre en test- retest reliabilitet, hvor vi sendte ut samme spørsmål 2-3 uker etterpå. Avhengig av hvilke svar vi hadde fått ville det sagt noe om høy eller lav reliabilitet. (Johannesen A, 2011, s. 46) En slik mulighet kunne ikke vi benytte oss av på bakgrunn av at vi valgte en kvalitativ tilnærming for matrisen. Kvalitative studier er lite egnet for å teste reliabilitet, fordi det er samtalen som styrer datainnsamlingen. Vi benyttet også oss selv som instrument, og det ville ikke være mulig for andre å sette seg inn i vår fortolkningsprosess på grunn av at de har et annet erfaringsgrunnlag. (Johannesen A, 2011, s. 228)

## 4 Empiri

Helse Nord RHF viser i sin kvalitetsstrategi til rammer og retning for det langsiktige arbeidet med kvalitet. Helseforetakene skal på denne bakgrunn gis et grunnlag for felles forståelse av hva kvalitetsarbeid dreier seg om. Det skal være tydelige mål for tiltak og prioriterte satsninger i perioden 2011-2014. Det skal være et sterkt fokus på kjernevirksomheten. Stabstøttefunksjoners betydning fremheves for å klare å levere kvalitet. Følgende satsningsområder er prioritert: Kunnskapsforankring, Pasientfokus, pasientsikkerhet og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis. Videre fremheves ønsket kultur i hele foretaksgruppen. Kvalitetsstrategien ble behandlet i egen styresak 15-2011, (Helse Nord RHF, 2011), og alle helseforetak i Helse Nord fikk pålegg om å følge dette opp i egne styresaker.

Nordlandssykehuset hadde allerede i styresak 42-2010, (Nordlandssykehuset HF, 2010) satt fokus på alle satsningsområder som er beskrevet i Helse Nord RHF`s kvalitetsstrategi. Vedtakene i denne styresaken er fulgt opp og behandlet i styret i Nordlandssykehuset ved gjentatte anledninger.

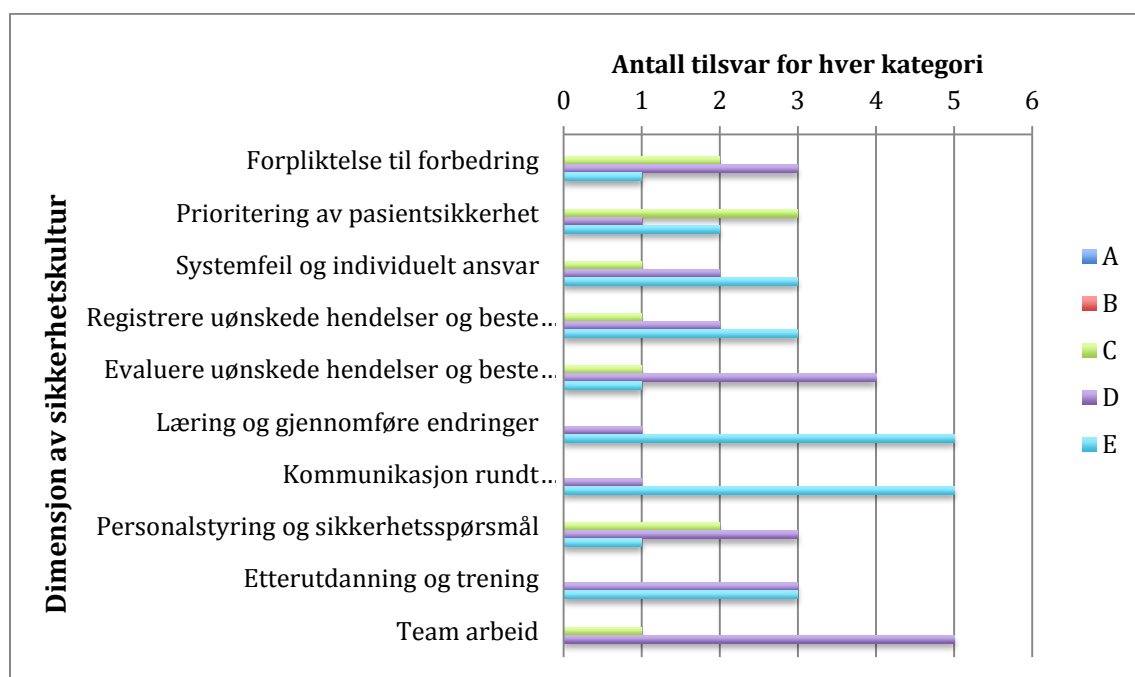
Vi kan anta at ”kirurgisaken” var sterkt medvirkende til at Nordlandssykehuset var i front for å bringe tingene i orden. I styresak 71-2011, (Nordlandssykehuset HF, 2011) som skal svare ut Helse Nord RHF`s styresak 15-2011, (Helse Nord RHF, 2011) viser de til at alle satsningsområder er kommet godt i gang, og de kan også vise til rapporter på flere av områdene. De beskriver også hvilke tiltak som er iverksatt på bakgrunn av de funn som er gjort. Foretaket er som tidligere nevnt nasjonalt pilotsykehus på pasientsikkerhetsvisitter, som ifølge toppledelsen gir verdifull informasjon om hvordan det står til i klinikken

Helse Nord har i sitt styringsdokument ”*Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*” klart uttrykt at mål- og resultatstyring er de grunnleggende styringsprinsippene. Det forutsetter at det innføres system for risikostyring som forutsetning for god mål- og resultatstyring. (Helse Nord RHF, 2009)

I oppdragsdokumentet for 2012 skal helseforetaket aktivt identifisere og håndtere avvik og risiko for svikt i måloppnåelse gjennom intern kontroll. Dokumentet definerer risikostyring som ”en prosess integrert i mål- og resultatstyring for å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp og minimere risiko gjennom intern kontroll” (Helse Nord RHF, 2012).

Bakgrunnen for vår oppgave er som tidligere nevnt kirurgisaken i Nordlandssykehuset. Denne krisen krevde endring i form av større fokus på kvalitet. Empirien viser at flere av respondentene henviste til de nasjonale kjerneverdiene *kvalitet, trygghet og respekt*, for spesialisthelsetjenesten, da de ble bedt om å redegjøre for hva de oppfattet som overordnede mål for kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset. Vi tror at disse svarene kan settes i sammenheng med prosjektet ”*Verdibasert hverdag*”, som Helse Nord har gjennomført for å implementere et bevisst forhold til kjerneverdiene i hele foretaksgruppen. Vi kan ikke si et dette svaret kan betraktes for å være ukorrekt. Dette begrunnes med at dersom man lykkes med å gjøre en vellykket implementering av disse verdiene vil dette kunne bidra til bedre kvalitet som kan gi mindre pasientskade. Med andre ord kan vi si at kjerneverdiene må ligge til grunn for det man gjør.

I tabell 2. har vi kategorisert de ulike svar vi har fått fra respondentene ved gjennomgang av pasientsikkerhetsmatrisen. Hver dimensjon ble gjennomgått fra toppen i tabellen til bunnen, slik at vi klarte å opprettholde en god struktur på gjennomgang av dataene i empirien (Helse Nord RHF, 2012) Vi har videre gjort en kort oppsummering av hvert utsagn. Disse er igjen supplert med oppfølgingsspørsmål fra intervjuguiden, og sitater som er markert i kursiv i teksten.



Tabell 2: Oppsummerte data fra matriseundersøkelsen

I fortsettelsen vil vi redegjøre for empiriske data som skal belyse hvilke holdningene våre respondenter hadde til kvalitet og pasientsikkerhet.

#### 4.1.1 Forpliktelse til forbedring

En av våre respondenter identifiserte seg med at personell i første linje ikke var engasjert i forbedringsarbeid, og at de anså dette som et ledelsesansvar. Det pågikk et stort revisjonsarbeid, men det manglet en samlet plan. Det var en opplevelse av at personalet ble overbelastet med oppdaterte prosedyrer og retningslinjer som sjelden ble implementert.

Respondent 4 uttrykte dette slik:

*”Jeg opplever jo det at vi på enhetsledernivå får så mange oppgaver, og så mange systemer som vi skal delta i, og ivareta og bruke selv og sørge for at ansatte blir lært opp, at det har nesten holdt på og kvelt meg i 2011. Jeg har tatt det opp i klinikken flere ganger at det må gis beskjed oppover i organisasjonen at man ikke må hvelve alt over hodet på oss samtidig. La nå for Guds skyld ett system komme i bruk ad gangen og laste en ball ned ad gangen ikke 20 baller i lufta samtidig, men kanskje 4 baller i lufta så vil vi kanskje klare å gjøre det ordentlig.”*

Fire av respondentene mente at det var et ekte engasjement i organisasjonen for forbedringsarbeid, og at klinikere og personell for øvrig hadde et eierskap til de revisjonsprosesser som pågikk, og tilstrebet på denne måten til at det pågikk et kontinuerlig forbedringsarbeid. Det var personalet som utvikler og oppdaterer prosedyrene.

I forbindelse med det store fokuset på den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ønsket vi å vite mer om hva våre respondenter assosierte med pasientsikkerhetskampanjen i Nordlandssykehuset. Her fikk vi flere ulike svar. Det var sannsynlig at responsen var preget av hvilke klinikker de arbeider i. De trakk frem DocMap, GTT, trygg kirurgi sjekklisten og god håndhygiene. Samtidig ga alle uttrykk for at de gjorde sitt beste hver dag.

Respondent 1 reflekterte slik:

*”Når jeg tenker pasientsikkerhet så tenker jo jeg på alt som vi selv gjør som på en måte ikke kommer fra prosjektet, men som kommer mer som en del av det naturlige arbeidet. Jeg kan ikke si at jeg tenker på pasientsikkerhet ut ifra kampanjen og sykehuset sin jeg tenker det som en del av arbeidet vårt hver dag. Når på en måte fokuset blir så mye større og vi prøver å finne de her fallgruvene som vi kanskje hopper litt lett over eller ikke prioriterer godt nok”.*

Respondenten ga uttrykk for et lokalt engasjement som vi oppfattet hadde eksistert før kampanjen startet. Fokuset var derimot større, og av mer forebyggende art i forhold til de situasjoner som under gitte omstendigheter kunne føre til pasientskade. Respondenten ga videre uttrykk for at dette arbeidet foregikk uavhengig av pasientsikkerhetskampanjen i Nordlandssykehuset.

Vi stilte videre spørsmål om det fantes enkeltpersoner (andre enn dem) som arbeidet spesifikt innrettet mot pasientsikkerhet og kvalitet i deres avdelinger? Respondent 1 svarte slik:

*”Ja. Vi har bra mange i vår avdeling som arbeider med det. Sånn at til sammen så dekker vi en god del, og vi har mange oppgaver igjen fortsatt”.*

Respondent 5 svarte slik:

*”Alle gjør det, alle har det fokuset, men ansvaret ligger på meg for å få det til.”*

Begge respondentene viste til at de som ledere involverte flere, og at det ble arbeidet med kontinuerlig forbedring. De viste samtidig at de har definert sitt lederansvar for å følge opp målsettingene knyttet til pasientsikkerhetsarbeidet.

Respondent 2 fremhevet spesielt de som er opplært i GTT. De plukket regelmessig ut journaler for gjennomgang, og dette opplevdes å ha en oppdragende effekt.

*”Vi etterspør jo også noen ganger aktivt om de har funnet noe som vi kan lære av(...) vi er også mer på hugget, at vi dokumenterer som vi skal, og skal ha alt på det rene.”*

Vi spurte respondentene om i hvilken grad de opplevde at styringsindikatorene var viktig å forholde seg til i deres hverdag? Det var uklart for flere hva vi egentlig mente med spørsmålet, og vi måtte utdype nærmere for å få en dialog rundt dette. Respondent 4 kom med dette utsagnet:

*” Det er klart vi er opptatt av ventelister og alt sånt, men det angår oss ikke i det daglige.”*

Utover dette var det korridorpasienter de var mest opptatt av, og ingen av dem syntes at det var verdig for pasienten og ikke kunne bli tilbudt et rom. Dette problemet så ut til å løse seg etter at samhandlingsreformen ble iverksatt, hvor kommunene tar hånd om egne pasienter i mye større grad enn tidligere. En av respondentene fortalte at de var i ferd med å utarbeide egne kvalitetsmål for sin avdeling, som de skulle måle seg selv på. Dette var en bestilling fra toppledelsen, og det ble referert til en annen avdeling som var kommet godt i gang med sine mål.

Oppsummert utrykte respondentene følgende om forpliktelse til forbedring:

- Personell i førstelinje er ikke engasjert i forbedringsarbeid, og de anser dette som en lederoppgave
- Enhetsledere har ikke et spesielt forhold til nasjonale styringsindikatorer
- Personalet blir overbelastet med oppdaterte prosedyrer og retningslinjer som sjelden blir implementert.
- Det er et ekte engasjement i organisasjonen for forbedringsarbeid, men bestillingene blir for mange til at de klarer å løse alle oppgavene godt nok.

#### 4.1.2 Prioritering av pasientsikkerhet

Halvparten av respondentene var av den oppfatning at pasientsikkerhet er rimelig høyt prioritert, og at det er etablert ulike system for å ivareta den. Ansvar for arbeid knyttet til pasientsikkerhet er definert til enkeltpersoner, og de integrerer det ikke godt nok i hele organisasjonen. Kulturen oppfattes å være preget av pålegg.

Innledningsvis gjorde vi rede for føringene i styresak 42/ 10, som beskriver en del konkrete verktøy som skal implementeres for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Vi spurte om de kjente til hvilke verktøy som er tatt i bruk for å redusere pasientskade i Nordlandssykehuset? De fleste var innom GTT , trygg kirurgilisten og DocMap. Respondent 2 ga et eksempel fra operasjonsstuen.

*"(...) trygg kirurgi listen som vi har innført f. eks for det kirurgiske virksomhetsområdet. Den er veldig nyttig fordi den skaper en veldig morsom atmosfære på operasjon, og gjør oss veldig godt kjent med hverandre(...)den er veldig godt innbygd, og jeg påstår faktisk at vi bruker den i over 90% av tilfellene".*

Her registrerer vi at et konkret verktøy bidrar til bedre samarbeidsklima. Vi ser også at de kjenner til de ulike verktøyene, selv om flere av dem ikke er direkte berørt av dem i sin hverdag. Dette har sammenheng med hvilken klinikk de arbeider i. Pasientsikkerhetsarbeid er ifølge respondent 5 en nøkkeloppgave for alle ledere.

*"Det er en av de viktigste oppgavene jeg har som leder."*

To av respondentene som oppfatter at pasientsikkerhet har høyeste prioritet i organisasjonen, hvor alle har et ansvar. Risiko blir vurdert av personalet kontinuerlig, og forbedringer utføres. Vi stilte spørsmål om de opplevde fokuset på kvalitet som merarbeid.

Respondent 6 redegjorde slik:

*”Nei, det er jo en del av alt. Ikke noe merarbeid.(...)Du er nødt til å ha det med, ellers blir det merarbeid. Det må ligg i botn”.*

Respondent 3 støtter dette utsagnet, men stiller spørsmålstegn med fremgangsmåten.

*”Vi oppfatter... for å si det slik, det å ha fokus på kvalitet ikke er noe merarbeid i seg selv, men vi er litt opptatt av at de verktøyene som er valgt kanskje er vel arbeidskrevende, for å si det slik”.*

Vi ser at respondent 6 reflekterte over at økt kvalitetsfokus ikke er å regne som merarbeid.

Dette var et utsagn som flere støttet opp om. De fremhevet at god kvalitet og prosedyrer ville medføre at det ikke blir merarbeid, snarere tvert imot. Respondent 1 og 4 ga uttrykk for at tidsfrister og prioriteringer som måtte gjøres gikk på bekostning av annet arbeid, og dette opplevdes som merarbeid. Respondent 1 forklarte det slik:

*Ja det hender jo at det blir merarbeid i forhold til at det nå skal et eller annet være ferdig til en spesiell dato, (...)så er det jo merarbeid, og ikke minst at du må prioritere det fremfor noe annet som er vel så viktig.*

Oppsummert uttrykte respondentene følgende om prioritering av pasientsikkerhet:

- Pasientsikkerhet er høyt prioritert, og det er etablert ulike system/ verktøy for å ivareta sikkerheten
- En del av verktøyene oppfattes å være lite fleksible
- Ansvar for arbeid knyttet til pasientsikkerhet er definert til enkeltpersoner, og de integrerer det ikke godt nok i hele organisasjonen.
- Kulturen oppfattes å være preget av pålegg.
- Pasientsikkerhet er en nøkkeloppgave for alle ledere
- Økt fokus på kvalitet oppfattes ikke som merarbeid, manglende systemer og retningslinjer vil derimot gi merarbeid
- Økt fokus på kvalitet oppfattes som merarbeid når det kommer oppgaver med leveringsfrist på toppen av daglig drift
- Pasientsikkerhet har et lokalt engasjement uavhengig av pasientsikkerhetskampanjen, økt fokus medfører imidlertid en skjerping for å unngå ”fallgruver”

#### 4.1.3 Systemfeil og personlig ansvar

En mente at organisasjonen har erkjent at pasientskade er en kombinasjon av systemfeil og personlige feil. Prosedyrer er utarbeidet for å støtte ansatte, pasienter og pårørende, men disse er lite brukt. Respondent 3 blir sitert på dette utsagnet:

*”Jeg har jo fått med meg at Docmap, det å ha prosedyrer på plass, det er det viktigste. Det er akkurat slik som når en holder på med en pc, da jobber du i såkalte rammer. Hvis bare ramma står der, er mitt inntrykk at systemkontroll er veldig opptatt av ramma og i mindre grad av innholdet”.*

Docmap ble oppfattet som det verktøy som har høyest prioritet fra ledelsen. Vi tolket utsagnet slik at prosedyreverktøyet fremstår som et rammeverk, som innfrir krav til formaliteter, som ikke nødvendigvis har det rette innhold. Respondenten uttrykte videre:

*”... Jeg har litt problemer med det der pasientskade- begrepet, det må jeg bare innrømme. Jeg er oppdratt i en tid da det fortsatt var noe som hette komplikasjoner og ”skade” føler jeg har et annet innhold i folks bevissthet og også i vår faglige bevissthet”.*

Hvert inngrep er forbundet med risiko for komplikasjoner. Hvordan man velger å forholde seg til begrepsbruken vil vi komme nærmere tilbake til i diskusjonen. To av respondentene ga uttrykk av at det foreligger en kombinasjon av individ og systemfeil når det oppstår hendelser. Kulturen i organisasjonen oppfattes å være åpen og rettferdig. Respondent 4 viste til en hendelse ved feil blanding av medikamentet Cordarone, og hvordan de gjorde korrigerende tiltak for å unngå gjentakelser. Pasienter og pårørende ble behandlet på en åpen måte og god måte, dersom hendelsen førte til betydelig skade og død. Dette ble verifisert med følgende sitat fra respondent 2:

*”Organisasjonen skal bli god på pasientbehandling. Organisasjonen skal være såpass god at det ikke oppstår uønskede hendelse og at man har en åpen omgang med disse om de oppstår. Det er min forståelse. At man i alle fall lærer av disse situasjonene, og at man ikke feier det under teppet og prøver å skjule. Vi skal stå frem med de ting som har skjedd, og de skal vi rydde opp i og unngå at det skjer igjen.”*

Halvparten av respondentene mente at personalet er fullt ut bevisst sitt personlige ansvar. Dette innebærer å melde fra dersom uønskede hendelser oppstår. Det er integrerte system for å melde fra.



Oppsummert utrykte respondentene følgende om systemfeil og personlig ansvar:

- Det er en erkjennelse av at pasientskader er en kombinasjon av systemfeil og personlige feil
- Prosedyrer er utarbeidet, og DocMap er oppfattet å ha høy prioritet hos overordnet ledelse
- Pasientskadebegrepet oppfattes negativt, Begrepet komplikasjoner er det mer tradisjon for
- Det er åpenhet i organisasjonen, dersom pasientskade eller feil har oppstått
- Organisasjonen må arbeide for å bli så god, at uønskede hendelser ikke oppstår

#### 4.1.4 Registrere uønskede hendelser og beste praksis

Hovedtyngden av respondentene mente at det var naturlig å rapportere uheldige hendelser. Dette omfattet også situasjoner som ikke nødvendigvis førte til skade, såkalte nesten uhell. Det var videre tillit til granskningsprosessene som ble iverksatt når avvik av mer alvorlig art ble rapportert. Det ble oppfordret til å rapportere både lokalt og sentralt. Vi spurte om hvordan de arbeidet for å implementere gode holdninger til avviksregistrering? Respondent 1 valgte å gjøre det slik:

*”Vi skiller mellom avvik og forbedringsmelding. Ordet avvik sier at uff!, nei jeg skal ikke skrive denne meldingen og så er det at det er jo en forbedring vi skal gjøre, og da er det greit å skrive. Det må stå forbedring/avviksmelding.”*

Flere sa at de hadde avvik som fast agenda på personalmøtene, og at dette var en god arena for læring. Åpen gjennomgang av avvik har en forebyggende effekt, og bidrar til at andre i avdelingen unngår å gjøre samme feil. Ordet avvik er fortsatt noe negativt ladet, og forbedringsmelding er å foretrekke. De fleste oppga også at det er en større aksept enn tidligere for å skrive avvik. Et par av dem antydte også at de mente å se en økning i antall meldte avvik etter at det elektroniske meldesystemet ble innført. Dette ble delvis begrunnet med at det tidligere var ulike skjema, og at det hersket usikkerhet knyttet til hvilket skjema som skulle benyttes. Avvik ble behandlet på laveste nivå, og de prioriterte at alle skulle få svar. Manglende respons ville kunne medføre at personell sluttet og skrive avvik, fordi de ikke så nytten.

Vi stilte spørsmål om i hvilken grad de opplevde at det var nyttig å utarbeide skriftlige prosedyrer i Docmap. Her fikk vi ulike meninger. Respondent 1 mente at:

*”Ja altså det er jo nyttig i forhold til at vi har det siste oppdaterte. Vi har litt problemer med av og til søkingen når vi skal søke.(...)Vi vet at den eksisterer, men hvordan får vi tak i den. Hvilket ord må du søke på i forhold til tittel og innhold og alt. Er det på Helse Nord siden, eller er det på Nordlandssykehussiden eller kan den være hos oss eller (....)”*

Respondent 4 oppga også at det hadde vært utfordringer knyttet til å ta Docmap i bruk:

*”(...) Nå er vi ikke spesielt fornøyd med Docmap, men vi har gjort et arbeid for at personalet skal vite hvordan de skal gå inn. For det var vi jo, jeg skal ikke si plaga med i begynnelsen, men plutselig kunne vi finne rutiner på ting som var tatt ned i fra Sandnessjøen og fra Kirkenes, og det blir jo ikke kvalitetssikring.”*

Respondent 2 og 6 var mer positivt innstilt og mente at dette var et veldig nyttig verktøy.

Respondent 6 uttrykte følgende:

*”Det er kjempeviktig. Tok ut en sykepleier i flere måneder for å få oppdatert Docmap og alle prosedyrene våre.”*

Respondent 3 viste forståelse for at enkelte har behov for prosedyrestøtte, men de mer erfarne burde, slik vi tolket det, ha mulighet for å slippe å forholde seg til dette systemet. Dette kan verifiseres med dette utsagnet:

*”Jeg mener at prosedyrer skal være til hjelp for folk som føler at de trenger hjelp rent faglig sett, men skal ikke bli en tvangstrøye for de som har lært seg sitt fag og gjør det bra.”*

Respondent 1, 4 og 5 ga uttrykk for at de ikke var fornøyd med Docmap. Slik vi oppfattet det gikk dette på funksjonalitet. Det hadde ingen sammenheng med motstand mot prosedyrer, men verktøyet ble vurdert til ikke å være egnet til formålet.

Oppsummert uttrykte respondentene følgende om registrering av uønskede hendelser og beste praksis:

- Det er naturlig å rapportere uheldige hendelser og nesten uhell
- Organisasjonen oppfattes som lærende med mål om å ha beste praksis
- Avviksmeldinger på laveste nivå oppleves å fungere bra

#### 4.1.5 Evaluere uønskede hendelser og beste praksis

Hovedtyngden av respondentene mente at organisasjonen er åpen for undersøkelser og ønsket ekstern granskning velkommen. Målsettingen var å dra lærdom av uønskede hendelser og dele denne med hele organisasjonen. Det opplevdes å være en mer analytisk tilnærming for å påvise trender og risikoområder. En av respondentene mente derimot at granskinger som gjennomføres er for snever, og de vil ikke kunne avdekke grunnleggende årsaker.

Støtten fra organisasjonen opplevdes også som mangelfull. Vi stilte spørsmål om hvordan de vektla tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende? Respondent 4 uttrykte seg slik

*”Det er klart at det er et parameter i det daglige og det betyr noe for driven av personalet. Det er klart at får du ei positiv tilbakemelding fra en pasient eller pårørende, så lever du lenge på det og det drypper over på de neste pasientene i månedsvis, for sånn vi nu laga vi mennesker.”*

Respondenten fremhevet at personalet yter mer i etterkant av positive tilbakemeldinger, og generaliserer dette til å være en naturlig menneskelig respons. Sagt på en annen måte når kunden er fornøyd, vil medarbeiderne blomstre. Respondenten sa videre:

*”Men jeg tar jo også veldig alvorlig hvis vi får negative tilbakemeldinger. Nå har nu livet lært meg at får vi det, så er det ofte på denne type avdeling, hvis pårørende blir bisk eller klager, så er det ofte fordi vi ikke har hatt tid nok til å ivareta dem skikkelig, forklare skikkelig, å ha den gode samtalen og da gjør vi det umiddelbart”.*

Her ble det satt fokus på hvor viktig den gode informative samtalen er i relasjon med pårørende. Betydningen av å sette seg ned, og ta seg tid. Respondenten viste både egenskapen av å kunne observere å identifisere mulige årsaker til pårørendes reaksjoner, og samtidig evne til å iverksette korrigerende tiltak. Respondent 6 sa det slik:

*”Kommer det noe positivt i avisa, så klipper vi det ut og henger det på tavla på matrommet slik at alle kan se det. Det viser jo at man gjør en god jobb, at det er kvalitet på det vi gjør at de føler seg trygg her, at de føler seg respektert her, slik at dette med trygghet og respekt kommer inn i den daglige jobben. Vi tenker bare ikke ordene når vi gjør det vi gjør, men det ligger i bunnen.”*

Positiv medieomtale ble synliggjort ved å henge utklippet opp, slik at alle kunne se det.

Kjerneverdiene ble fremhevet for å ligge i bunnen av det daglige virket. Vi stilte spørsmål om de opplevde at skriftlige prosedyrer begrenset deres faglige autonomi?

Respondent 1 svarte slik:

*”Nei det synes jeg jo ikke det. Det er retningslinjer for hvordan Nordlandssykehuset har bestemt at vi skal gjøre det. Jeg er ikke sånn at jeg finner på ting, jeg er ikke på det nivået. Så jeg synes jo det er greit at det finnes en del lover og forskrifter og regler”.*

Alle med unntak av respondent 3 støttet dette utsagnet, og de var av den oppfatning at det var trygt å ha prosedyrer og retningslinjer. Respondent 3 var ikke noen motstander av prosedyrer, men reflekterte mer over at det måtte være rom for å utøve faget i kraft av egen kompetanse.

Vi ønsket også å vite om det fantes skriftlige prosedyrer som de opplevde kom i konflikt med faglighet og etiske normer. Respondent 4 var av denne oppfatning:

*”Nei, over hodet ikke. Synes det er en trygghet at vi har et felles rammeverk for hvordan vi legger opp behandling og pleie på denne avdelingen og mener at det er en trygghet for personalet at vi alle skal gjøre det mest mulig likt.”*

Ingen av de andre respondentene ga uttrykk for at dette var noe problem i den praktiske hverdagen.

Kirurgisaken sommeren 2010 har vi innledningsvis beskrevet som en krise for organisasjonen.

Vi ønsket å vite om de opplevde at kvaliteten og pasientsikkerheten hadde blitt bedre i deres avdelinger i etterkant av denne saken. Respondent 5 svarte slik:

*”Vi har i hvert mye mer fokus på det. Om det har blitt bedre for den enkelte pasient vet jeg ikke. Men vi er kjemperedd for at vi skal trække feil”.*

Respondent 6 hadde en annen tilnærming og sa at:

*Ja, og så ble dette med økonomien underordnet. Dette med pasientsikkerhet og kvalitet kom først, få på plass prosedyrene. Det jobbet vi veldig med, du verden vi var intenst oppe i det.”*

Vi oppfattet at denne respondenten så på kvalitet og pasientsikkerhet som de koblet fra økonomi.

Organisasjonen ble oppfattet som lærende med mål om å ha beste praksis. Vi stilte et oppfølgende spørsmål om hvorvidt de opplevde at avviksmeldinger ble behandlet, og brukt som et verktøy til forbedring? Respondent 3 mente dette:

*”Ja, de som har gått videre i systemet de blir gjenstand for diskusjoner og kommentarer fordi ofte er de så dramatiske i seg selv. Selv om du ikke har noe formalisert opplegg så er miljøet vårt så lite at alle er informert, alle diskuterer alle, har synspunkter på hva som kunne vært gjort annerledes. .”*

Vi fulgte videre opp med spørsmål om de fikk tilbakemelding når disse sakene ble såpass alvorlige at de gikk videre til tilsynsmyndighetene? To av respondentene svarte slik:

*”Nei, der er det kjempeproblematisk. Det er det som er problemet med slike saker - det tar så lang tid. Det så vi også i kirurgisaken også og i veldig mange andre saker. Det tar ekstremt lang tid.”* (Respondent 3).

*”Avviksmelding handler om forbedring. Jeg tror faktisk vi har kommet til å se litt annerledes på avviksmeldinger som vi dessverre opplever at vi sjelden får en slags tilbakemelding på hva som egentlig har skjedd med denne avviksmeldingen. Hvem har arbeidet med den, eller hvor har den havnet. Tilbakemelding om selve avviket er blitt litt etterspurt”.* (Respondent 2).

To av disse respondentene beskrev hendelser hvor opplevelsen av manglende støtte og oppfølging føltes fullstendig fraværende. De fikk heller ikke tilgang til informasjon om resultatet av eksternt tilsyn. Dette påvirket respondentene betydelig i sitt daglige virke.

Vi ser her at når vi stiller et konkret spørsmål som går på oppfølging av mer alvorlige avviksmeldinger uttrykker flere av respondentene at dette systemet er for dårlig. Dette står i motsetning til svarene på forrige dimensjon *systemfeil og personlig ansvar*, hvor halvparten av respondentene valgte å krysse av for at det finnes system for oppfølging i saker som får juridiske følger. Divergensen kan ha sammenheng med at denne dimensjonen hadde flest elementer de kunne identifisere seg med av det totale innholdet for dette svaralternativet. Det viser imidlertid svakheten med pre formulerte svaralternativ. Bare en av respondentene stilte seg mer kritisk til om personalet føler seg komfortabel med å rapportere uønskede hendelser. Noe av bakgrunnen for det ble tilkjennegjort av respondent 3 i følgende utsagn:

*”Det føler jeg er den største risikoen for systemet det at vi skal ende opp i et system der vi får et enormt papirvelde, du får de utroligste anklagene. Det jeg er redd for det er disse voldsomme systemene gjør at vi mister den gode samtalen.”*

Vi tolket det slik at respondenten fryktet en byråkratisering som vil sette en effektiv stopper for kommunikasjon mellom avdelingene. I den videre samtalen ble det også gitt eksempler på hvordan en annen leder hadde skrevet et avvik, og konkludert med hvem som hadde eneansvaret for feilen. Respondenten sammenlignet dette med at i en rettsak får også den som er anklaget komme til ordet før dommen faller.

Oppsummert utrykte respondentene følgende om evaluering av uønskede hendelser og beste praksis:

- Organisasjonen er åpen for undersøkelser og ønsker ekstern granskning velkommen
- Målsetting om å dra lærdom og unngå uønskede hendelser
- Både positive og negative tilbakemeldinger vektlegges
- Eksisterende prosedyrer oppleves ikke som begrensende for faglig autonomi, og kommer heller ikke i konflikt med etiske normer
- Avviksmeldinger av mer alvorlig art tar lang tid i forhold til saksbehandling, og det kommer sjelden eller aldri tilbakemelding

#### 4.1.6 Læring og gjennomføring av endringer

Alle respondentene oppga at det var en læringskultur i organisasjonen. Lærdom ble innhentet både internt og ekstern, og det var en forpliktelse til å dele kunnskap. Dette ble gjort med støtte fra styret og sentrale ledere. Pasientsikkerhetshendelser ble diskutert og evaluert i åpne fora.

Vi spurte om de hadde fått tilstrekkelig opplæring for å ivareta ledelse knyttet til kvalitetsarbeidet? Respondent 2 utrykte seg slik:

*”Jeg prøver nå å gjøre så godt jeg kan, men jeg er ikke blitt opplært til å undervise eller noe sånt. Jeg gjør det når jeg skal, og det føles som det går nokså greit(...)”.*

Respondent 3 problematiserte at det er manglende støtte fra stab i det daglige arbeidet.

*”I de årene jeg har vært sjef, så har jeg egentlig følt meg som sykehusets best betalte sekretær. Jeg har vært på noen korte opplæringer, men jeg tror at i en klinikk må man ha noen stabsfunksjoner som blir flink. Når alle skal lære seg litt og ikke bruker det helt regelmessig og det går litt tid mellom hver gang så må du sette deg ned å lure på hvilket passord du brukte.”*

Begge respondentene oppga at de gjør så godt de kan ut fra evne og forutsetning, men de hadde ikke fått noen form for spesiell opplæring.

Respondent 4 hadde et mer positivt inntrykk:

*”Ja det vil jeg si at vi har jo hatt rimelig god støtte i forhold til dette med Docmap, vi har en egen Docmap-ansvarlig i klinikken vår.(...) Jeg har jo også nå gått nettopp på det lederprogrammet som Nordlandssykehuset kjører. Det programmet er vel verd å kjøre. Det kjempeviktig at alle blir spisset i samme form og sitter inne med samme kunnskapen på en del ting. Jeg tror at man får til det, så er det mye lettere å få organisasjonen til å gå i takt. For det er ei så stor skute totalt sett, at en slik satsing er viktig”.*

Lederprogrammet ble fremhevet også av respondent 6 som meget bra. Elementer som syntes å være viktig var nettverksbygging og en felles oppfatning av hvilken retning man skal gå i. Det ble vist til et prosjekt for kunnskapsbasert praksis, som trinnvis skal implementeres i hele organisasjonen. Ingen av våre respondenter fikk plass på dette, og en av dem var tydelig frustrert. Dette var knyttet til manglende tro på at de som hadde fått slik opplæring fikk frigitt tid til å lære opp andre.

Vi var også interessert i hvordan de ansatte, som de hadde ansvar for å lede aksepterte det økte fokuset på kvalitet. Respondent 1 sa at:

*”Pasientsikkerhetskampanjen og kvalitet, trygghet og respekt. Det har blitt sånn her ord som vi ikke helt har forstått. Det er først når vi har gått inn i materien og sett på det selv, så har vi funnet ut av hva gir det oss, og hva kan vi bidra med, og hva gir det for vår avdeling og ned på et nivå som passer oss”.*

Respondent 6 sa følgende:

*” Det brukes begrep som folk nærmest pasienten ikke kjenner seg igjen i. De forstår ikke betydningen av begrepene. Det er ofte brukt setningsformuleringer som du må tenke ganske grundig for å finne ut var det dit, eller var det dit spørsmålet ledet”?(...)*

Respondentene beskrev at ord og uttrykk ikke alltid var like lett forståelige, og vi oppfattet det slik at de hadde brukt tid på å finne en betydning av innholdet som har verdi for dem. Dette ble også problematisert i forbindelse med diverse elektroniske spørreundersøkelser som går på kultur og pasientsikkerhet. De oppga at det var vanskelig å forstå begrepene, og at de var redd for å svare feil. Til slutt endte det med at de krysset av for et alternativ, og håpet på det beste.

Respondent 2 hadde denne oppfatningen av sitt personell:

*”Jo de har jo også gått gjennom en prosess, altså når det var sånn avisomtale i forbindelse med kirurgisaken i 2010. De følte jo selv også at de ble satt i fokus selv om det ikke var de, altså alle var berørt og alle har på en måte innsett at her er det noe viktig vi må gjøre for å komme gjennom en del ting som kan skje, og du kommer lettere igjennom med ting som skjer når du har dine ting på plass, og når du har en slags rutine på plass som du kan støtte deg på. Jeg mener at personalet er veldig bevisst på sitt ansvar og veldig fokusert på pasientsikkerhet.”*

Denne respondenten henviste til at avdelingen ble preget av kirurgisaken på en slik måte at alle forsto betydningen av å ha rutiner og retningslinjer på plass. Vi tolket det slik at krisen utløste en bevisstgjøring.

Respondent 4 henviste til faglig stolthet:

*Jeg har en oppfatning av at det personalet jeg har, er et veldig stolt personell, med høye krav til seg selv i forhold til hva de bidrar med til pasienten, til det med pasientsikkerhet, til det at den jobben de gjør skal være kvalitetsmessig på et høyt nivå. Og i den grad at jeg kommer med større krav til dem i forhold til kvalitet, så kommer det til å bli akseptert”.*

*”Jeg tror ikke folk her føler at de har så mye økt fokus på kvalitet, for det har vært fokus i alle år på avdelingen her. (Respondent 5)*

Vi tolket respondent 3, 4 og 5 slik at de alltid har hatt fokus på kvalitet i det arbeidet de utfører, og respondent 4 fremhevet også at personellet ville akseptere økte kvalitetskrav, dersom disse skulle komme.

Oppsummert uttrykte respondentene følgende om læring og gjennomføring av endringer:

- Det er læringskultur i organisasjonen
- Ulik forståelse av begrepene som kommuniseres
- Liten eller manglende opplæring for å ivareta ledelse knyttet opp mot kvalitet
- Det har vært fokus på kvalitet blant de ansatte i alle år
- Kirurgisaken har skapt redsel for å gjøre feil
- Kirurgisaken har dreiet fokus fra økonomi til kvalitet og pasientsikkerhet

#### **4.1.7 Kommunikasjon rundt sikkerhetsspørsmål**

Alle respondentene var enige om at organisasjonen har en åpenhet rundt sikkerhetsspørsmål, og en motivasjon for å lære av andres erfaringer. Det ble oppfordret til innovativ tenkning rundt aspekter som kunne bidra til forbedring av pasientsikkerheten. Ved nærmere refleksjoner rundt dette temaet uttrykte de fleste at det var små forhold, og dette medførte at avvik eller pasientskader raskt ble kjent i organisasjonen.

Oppsummert uttrykte respondentene følgende om kommunikasjon rundt sikkerhetsspørsmål:

- Organisasjonen har en åpen kommunikasjon rundt sikkerhetsspørsmål
- Alle oppfordres til å være innovative i tenkningen rundt hva som kan forbedre pasientsikkerheten



#### 4.1.8 Personalstyring og sikkerhetsspørsmål

To av respondentene erkjente at prosedyrer og retningslinjer var etablert.

Personalstøttesystemene var preget av en stor mengde papirarbeid og retningslinjer. Det eksisterte retningslinjer for bruk av personalutvikling og bedriftshelsetjeneste, men disse opplevdes å være rigide og tjente ikke alltid formålet. De fleste mente at det var viktig å finne rett person til riktig sted. De forsøkte å avdekke hvorfor personalet ikke ytet optimalt i forhold til forventningene. I dette arbeidet prøvde man å tilpasse og tilrettelegge for den enkelte, slik at de ble i stand til å gjøre sitt beste. Denne tankegangen ga uttrykk for en ekte omsorg for de ansatte, hvor man hadde systemer for å ivareta helse og trivsel.

Vi var interessert i å få et inntrykk av om de hadde satt seg spesifikke mål knyttet til å lede på en måte som gir bedre kvalitet i det kliniske arbeidet. Her er noen av utsagnene knyttet til dette:

Respondent 4 sa det slik:

*"(...) jeg ønsker jo at vår avdeling skal være en trygg plass å komme for pasientene, og det er jo min oppgave og mitt ansvar og sørge for det første at jeg har rett personell, og at de får opplæring, slik at de er spisset på det de skal gjøre".*

Respondent 6 uttrykte seg slik:

*" Dette med trygghet og trivsel, at de ansatte trives og at de synes det er greit å komme på jobb. De gjør en bedre jobb hvis det er lystbetont (...) vi styrker heller helgen, slik at om det skulle bli litt ro, så kan de kjenne på at det er litt slakk, men at det går an å være på jobb å få tid til å spise. Ta de ansatte på alvor".*

Vi ser her to utsagn med noe ulik tilnærming for personalstyring. Respondent 4 var opptatt av å ha rett kompetanse på sine ansatte, og var bevisst sitt lederansvar for å tilrettelegge for opplæring slik at de ble trygg og sikker i utøvelsen. Respondent 6 viste stor omsorg for at de ansatte skal ha det bra på jobb, og fremhevet trivsel som en faktor som bedrer ytelsen.

I hverdagen på enhetsledernivå er det mange oppgaver som skal fylles. Flere ga uttrykk for at det gikk med mye tid til å skaffe personell ved vakanser. Respondent 1 formulerte seg slik:

*"Jobbe enda flere timer enn det vi har stilling til. Gjøre masse arbeid på fritiden. Det er nødvendig fordi man er så opptatt med den daglige driften(...) at vi må skaffe folk(...)".*

Respondent 5 utrykte seg slik:

*”Vi bruker i det daglige å snakke om kvalitet og drøfter er dette godt nok? Det er ikke alltid vi når nirvana. ,men det er noe med at det skal være godt nok, det skal være trygt. På postmøtet har vi også faste punkter vi har satt på agendaen”.*

Vi tolker det slik at respondent 1 oppfattet utøvende ledelse som skulle bidra til økt kvalitet i klinisk praksis som en tilleggsoppgave. Respondent 5 viste til at de har det på agendaen daglig, og har satt seg et mål om at kvaliteten skulle være god nok. Det var samtidig en erkjennelse av at det ikke var optimalt til en hver tid. Respondent 6 var opptatt av at kvalitet ville komme som en følge av at de ansatte har det bra, og trivdes på jobb. Respondent 3 hadde en noe annen tilnærming, og denne oppfatningen delte også respondent 2. De henviste til mester- svenn pedagogikken, hvor den erfarne lærer opp den som er ny og urutinert.

*”Det ikke til å komme unna at veldig mye av det vi gjør er på mester - svenn basis. At du kan lære opp de som kommer ved å være tilstede sammen med dem. Slik har det vært og sånn kommer nok til å bli, men en systemopplegg ved siden av, gjør at en kan gjøre det enda bedre.”*

Vi spurte også om de mente at kvalitetsledelse bidro til å bedre pasientsikkerheten?

Her var alle respondentene i hovedsak enige, men respondent 3 hadde gjort seg noen refleksjoner om prosedyreverktøyet.

*”Jeg tror jo det kan være en del ting vi kan ta med oss, vi skal ikke kaste alt ut med badevannet. Men jeg er ikke så sikker på at måten som f. eks Docmap legger opp til bl.a. med at i det øyeblikket en prosedyre er kommet på trykk så er den et såkalt styrende dokument og et styrende dokument, når det fravikes, skal det meldes avvik. (...)”. Når det gjelder prosedyrer så har vi jo internt avdelingen hatt en diskusjon om vi egentlig ønsker så mange prosedyrer. Det vi egentlig ønsker oss er retningslinjer som definisjonsmessig i Docmap systemet har en annen status. Jeg ble litt sjokket første gangen jeg hørte den voldsomme formaliserte oppfatningen av hva en styrende prosedyre inneholdt”.*

Det er et funn at respondentene kommer inn på Docmap nesten uansett hvilket oppfølgingsspørsmål vi stilte. Slik vi tolker det, sier dette noe om at det har vært et voldsomt trykk på organisasjonen for å få prosedyreverket på plass.

Respondent 6 uttrykker at:

*”Ja, holdningene våre gjenskapes i de handlingene vi gjør. Jeg kan jo være med på å bidra til at holdningene til de som jobber på post direkte mot pasienten er god, så videreføres det i handlingene. Det blir en sirkel”.*

Denne respondenten vektla at kvalitetsledelse innebar å etablere gode holdninger. Det å gå foran som rollemodell for personellgruppen ble hevdet å kunne ha verdiskapende effekt.

Vi ønsket at de skulle reflektere over hva de forsto med begrepet skjønnsmessig vurdering?, og hvilken betydning dette hadde for ivaretagelse av pasientenes sikkerhet?

Respondent 2 sa at:

*”Jeg tror faktisk at bare skjønnsmessig vurdering er ikke godt nok(...)skjønnsmessig vurdering må heller plasseres et sted innimellom den rent vitenskapelige og det pasienten ønsker er kanskje det som er litt skjønn”.*

Respondenten utdypet dette med en pasienthistorie, hvor det ble anbefalt et behandlingsopplegg som pasienten vegret seg for å ta imot. Respondenten måtte da reflektere over den totale nytte med inngrepet for pasienten. Dette ble veid opp mot pasientens angst for eventuelle komplikasjoner. Behandlingen ble ikke utført. Respondenten valgte i dette tilfellet å lytte til pasienten, og hevder således at dette også er en måte å utøve kvalifisert skjønn i tråd med pasientens ønsker.

Respondent 3 sa at:

*”Jeg mener jo at veldig mye av det du gjør, gjør du på bakgrunn av det du har erfart / skaffet deg av kunnskap og ikke minst erfaring gjennom et langt dokterliv. Pasienthusk, gjennom disse bildene vi sitter på av pasienter som gjør at vi kjenner igjen ting*

Respondent 5:

*”I alle tilfeller der man har med mennesker å gjøre så må man bruke skjønn, for det er klart et menneske og et menneske ikke er likt. Vi snakker om den skjulte og tause kunnskapen. ”Det som man har etter 40 år som sykepleier”*

Respondent 3 og 5 vektla den såkalte ”tause kunnskapen” vi registrerer at begge utsagn tilhører begge profesjoner, både lege og sykepleier.

Respondent 4 sa at:

*”Ja hvis man mener at man ved å gjøre en skjønnsmessig vurdering behandler pasienten så individuelt at man ikke har noen ramme som ligger i bunnen, så er jo det en måte jeg ikke ønsker pasientene her skal bli ivaretatt på. Man må rutinefeste og prosedyrefeste de tingene der det er grøfter å gå i og der du trenger en oppskrift for at ivaretagelsen skal bli god nok sikkerhet for pasienten og så tror jeg at resten av behandlingen blir, synes det er vanskelig å si at den blir skjønnsmessig, for de vurderinger som blir gjort skal gjøres på faglig grunnlag”.*

Denne respondenten fremhevet betydningen av å ha rutiner og prosedyrer som rammeverk for faglig utøvelse. Slik vi tolker utsagnet, opplevdes skjønnsmessige vurderinger å kunne være en pasientsikkerhetsrisiko, og det er nødvendig å ha et prosedyreverk å støtte seg til. Det skaper trygghet.

- Personalstøttesystem er rigide og preget av mye papirarbeid
- Det er viktig å ha rett person på riktig plass
- Det må arbeides flere timer utover ordinær arbeidstid, hvis man skal klare å lede på en måte som gir bedre kvalitet
- Den tause kunnskapen fremheves i forbindelse med skjønnsmessig vurdering
- Læring foregår ved at den mer erfarne lærer opp den med mindre erfaring
- Det er ikke alltid ting blir optimalt, men det skal være godt nok
- Lederen kan opptre som rollemodell for å etablere gode holdninger

#### 4.1.9 Etterutdanning og trening

Her fordelte svarene seg i to kategorier, men begge ga uttrykk for at hver enkelt har ansvar for å ta tak i eget opplæringsbehov. Organisasjonen må i neste omgang legge til rette for at kompetanseheving kan skje. Etterutdanning og opplæring ble ansett også som en del av en karrierestige, og som en naturlig del av organisasjonskulturen. Respondent 3 hadde følgende syn på saken:

*”Det som jeg har følt det er at legegruppa har alltid vært opptatt av en skal gjøre ting på en god måte. De ønsker gjerne at de skal få tid til lære seg å bruke utstyr og den slags. Problemet har vært at det krever tid, og tid er mangelvare.”*

Her uttrykkes et behov for opplæring eller kursing av personellet som ikke blir tilfredsstillende ivaretatt grunnet tidspress i produksjonen. Respondent 4 mente at :

*” (...) man kan ikke suge av eget bryst i det lange løp, man må ha påfyll utenfra (...).”*

Slik vi tolket det, var det ikke manglende vilje for å utvikle seg faglig og øke sin kompetanse som er problemet. Det bar mer preg av at man kommer til et metningspunkt for hva man kan klare å forbedre selv, og da trengte man innspill utenfra for å bli i stand til å ivareta kontinuerlig forbedring.

Oppsummert utrykte respondentene følgende om etterutdanning og trening:

- Hver enkelt har ansvar for egen læring
- Organisasjonen har ansvar for tilrettelegging
- Daglig drift kompliserer å gi det nødvendige rommet for trening og kompetanseheving

#### 4.1.10 Team arbeid

Alle med unntak av en beskrev at de hadde tverrfaglige team som hadde tilstrekkelig med tid og ressurser for å utvikle team prosessen. Teamene ble oppgitt å være åpne, og innlemmet eller ekskluderte medlemmer etter oppgavens karakter. En av respondentene mente imidlertid at teamarbeid fremsto som en aktivitet, sammensatt på bakgrunn av å møte myndighetskrav. Det var ingen måte å måle effektivitet på. Det var liten utveksling av informasjon mellom ulike team.

Respondent 6 beskrev GTT som et verktøy, som ble benyttet i teamarbeid:

*”Vi er 3-4 stk. som jobber kontinuerlig med GTT, en lege og to sykepleiere. Så har vi hatt noen på kunnskapsbasert praksis, 2 sykepleiere som er ferdig nå. GTT har jo gitt noen resultater på posten i form av oppgaver som er blitt skrevet om, fokus som vi har sett på. Dette med infeksjoner på egen post, tatt tak i det, laga ei gruppe av sykepleiere og hjelpepleiere som jobber mot infeksjoner hos oss, og det har vi allerede sett at det er begynt å gå ned. De som har jobbet med GTT sørger for at vi blir litt oppdatert på hva de har sett og om det har skjedd forbedringer. Vi blir litt kry og, også at det blir snakk om det og at vi har fokus på dette. Det diskuteres og folk blir engasjert.”*

Respondentene oppga at det var etablert forskjellige team. Et eksempel var traumeteamene som ble alarmert når det gikk en traumealarm. To av respondentene oppga at de på daværende tidspunkt hadde organisert et teamarbeid på tvers av to klinikker rundt et krevende pasientforløp. Erfaringene så langt hadde vært både lærerike og fruktbare i dette samarbeidet. Utover dette beskrev de team som naturlig ble satt sammen som følge av den daglige virksomheten. Her ble blant annet operasjonsteam fremhevet.

Oppsummert utrykte respondentene følgende om teamarbeid:

- Organisasjonen har etablert tverrfaglige team
- Det er liten utveksling av informasjon mellom teamene
- Verktøy for å hindre pasientskade er implementert

## 5 Diskusjon av hovedfunn

Den negative offentlige oppmerksomheten mot Nordlandssykehuset etter kirurgisaken skapte et behov for å legge vekt på klinisk lederskap med definert høy standard på helsetjenestene. Foretaksledelsen iverksatte en bevisstgjøring i organisasjonen for å unngå pasientskader. Kontinuerlig forbedringsarbeid ble satt på agendaen, for å skape holdninger, som skulle resultere i endret atferd. Foretaksledelsens reaksjon på denne krisen samsvarer med Scheins beskrivelse av fem kanaler for å påvirke organisasjonskulturen. Videre hevder han at dramatiske hendelser i organisasjonen kan gi ledelsen anledning til å skape nye normer og verdier, som etter hvert vil prege kulturen. (Schein ,1992)

### 5.1 Planer og mål

Nordlandssykehuset la i styresak 42/2010, (Nordlandssykehuset HF, 2010) en strategi for hvordan de skulle arbeide med kvalitet og pasientsikkerhet, samt hvilke systemverktøy som skulle benyttes. Vi hadde i utgangspunktet en antagelse om at holdningene for å ivareta arbeidet knyttet opp mot strategien, kanskje ikke var godt nok forankret på enhetsledernivået. Vi fant støtte for våre antagelser hos Singer (2008), som beskriver en dekobling i holdninger til pasientsikkerhet ned gjennom sykehusorganisasjoner.

Et av våre hovedfunn er imidlertid at våre respondenter uttrykte proaktive holdninger, og var godt kjent med målsettingene i strategien for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Responsen både gjennom pasientsikkerhetsmatrisen og de oppfølgende intervju viste en gjennomgående positiv holdning til pasientsikkerhetsspørsmål blant våre lege- og sykepleieledere. De oppga at personellet gjennom sin yrkesetikk var bevisst på pasientens behov, og hadde en genuin målsetting om å gi best mulig kvalitet i behandlingen av det enkelte individ. De fleste respondentene uttrykte at pasientsikkerhet alltid har vært en prioritert nøkkeloppgave i deres kliniske lederskap. Dette står i motsetning til Brunsons beskrivelse av en hyklerisk organisasjon hvor det ikke er sammenheng mellom prat og praksis. (Brunsson, 1998). Vi fant derimot konsistens mellom de utalte målsetningene fra toppledelsen og etablerte verdier og normer i organisasjonen.

Flere oppfattet at økonomi har blitt underordnet arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Målbildet var endret fra primært å fokusere på økonomi til å etterspørre kvalitetsmål. Dette er i samsvar med Kaplan og Nortons hovedpoeng "*What you measure is what you get*". (Kaplan,1992,s 71).

Likevel kan ikke økonomiperspektivet undertrykkes, men det må bli en del av det balanserte målbildet sammen med ikke-finansielle måle-parametere. Ideen bak balansert målstyring er å skape system som balanserer de ulike styringsmål på en slik måte at ikke bare et hensyn blir vektlagt. Den samme tilnærmingen kan vi bruke for å balansere behovet til det aktuelle individet mot resten av befolkningen. En slik utviklingen har vi også sett i Storbritannia og i USA der behovet for virksomhetsstyring ble utviklet som en motvekt til en markedsdrevet helsetjeneste hvor økonomiske hensyn var prioritert foran kvalitet i omsorg og behandling.

Sett fra en annen side har vi fra et mer overordnet ledernivå erfart at målbildet kan ha blitt mer utydelig for mellomledere. I følge Ouchi (1977) er det bare to forhold som kan kontrolleres. Adferd og resultatmål. Disse kan igjen anvendes til styring av organisasjonen mot ønsket mål. Uten tydelige resultatmål er det ikke enkelt å gjennomføre målstyring når kunnskap om kausale sammenhenger heller ikke er tydelig. Styring av adferd gjennom detaljerte skriftlige prosedyrer står dermed igjen som mulig alternativ hvis ikke organisasjonen skal styres av profesjonene. I vår sammenheng var stor vekt lagt på prosedyreverktøyet Docmap. Det fremstår som det mest tydelige artefaktet og strukturelle uttrykk for sikkerhetskulturen i organisasjonen. Som symbol kan et artefakt speile organisasjonskulturen, men også forme medlemmenes tenkning og adferd og dermed også endre kulturens innhold (Bang,2006)

Det har vært en klart uttrykt målsetting at Docmap innebærer en systematisk samling av styrende dokumenter.. Praktisk gjennomføring for å utøve atferds styring betinger at man har utviklet et rammeverk av regler og prosedyrer for å oppnå ønsket resultat. I følge Pettersen et.al (2008) forutsetter dette at ledere har kompetanse på årsak og virkningsmekanismer Empirien viser at klinikken ikke udelt opplever dette prosedyreverktøyet som velfungerende i praktisk bruk. På den ene siden har prosedyrene status som juridisk styrende dokument, og det oppfattes av noen som begrensende for den faglige autonomien. Dårlig kausalkunnskap gir dermed rom for profesjonsstyring begrunnet i motstand, hvor fagfolk kan ha en opplevelse av at system og målsetting kommer i konflikt med et eksisterende og mer velfungerende system.

På den andre siden utrykte flere at en tydelig ”oppskrift” skaper trygghet i den kliniske hverdagen. De har på en måte ryggen fri, dersom de ikke velger å gå utenfor den forhåndsdefinerte rammen. Grenseskillet mellom god og dårlig kausalkunnskap blir derfor variert, ut fra hvor godt de ulike profesjonene aksepterer ren atferds styring. De uttrykte holdningene til Docmap i kvalitetssatsningen, reflekterte sannsynligvis også ulike grunnleggende antagelser og holdninger til pasientsikkerhets tenkningen mellom ulike fagmiljø. Hofstede (1993) ser dette som resultat av ulik kollektiv mental programmering med utvikling av ulike subkulturer som lever side om side i en organisasjon.

Respondentene har gjennomgående betraktet sin organisasjon som proaktiv i holdningen til pasientsikkerhet. Det kan være grunn til å reflektere om det virkelig er bruksteoriene som kom til uttrykk. Det er en reell mulighet for at det er de forfektete teoriene som kommer frem når de velger svaralternativ. Dette tror vi kan ha en sammenheng med at de fleste har en oppfatning av hva som vil fremstå som det ”rette” svaret. Det faller sammen med hva Argyris og Schön hevder, at bruksteoriene ofte ikke er bevisst for den enkelte. (Argyris og Schön, 1978)

## 5.2 Implementering

Det andre hovedfunnet vårt var at bestillingene enhetslederne skulle gjennomføre, ble for mange. Det var ingen av respondentene som reserverte seg mot å utføre nye oppgaver, men de ble frustrerte over volumet. Et annet sentralt element av betydning for implementeringen var at revisjoner og oppdatering av prosedyreverket ble beskrevet som svært arbeidskrevende. Dette opplevdes å ta bort fokuset fra den individuelle pasientbehandlingen. Et gjennomgående utsagn var at fokus på kvalitet ikke opplevdes som merarbeid, men som en naturlig del av ansvaret for kliniske ledere. På den andre siden opplevdes de systemverktøyene som er valgt, som arbeidskrevende og lite fleksible. Flere anførte at tidsfrister for implementering av spesielt prosedyreverktøyet Docmap gir merarbeid når det skal prioriteres foran andre viktige arbeidsoppgaver i den kliniske hverdagen.

Alle utrykte et sterkt ønske om en bedre fordeling av nye oppgaver utover året. En god struktur vil gjøre dem i stand til å levere kvalitet på bestillingene. Krav til implementeringen av ulike verktøy for å bedre pasientsikkerheten har ifølge flere av respondentene medført at andre viktige driftsoppgaver har blitt skjøvet til side. Konsekvensen blir opplevelsen av et de ikke får implementert løsningene godt nok.



Fenomenet er beskrevet i nyere organisasjonslitteratur som *project overload* og er assosiert med psykologiske stressreaksjoner, nedsatt kompetanseutvikling og forsinkelser. (Zika-Viktorsson, 2006)

Vår erfaring samsvarer godt med det respondentene beskrev. På en side skal systemverktøy bidra til å gjøre arbeidshverdagen lettere. Sett fra en annen side at det er arbeidskrevende å implementere godt nok. Dersom implementeringen svikter, vil det som i utgangspunktet skal bidra til bedre system, oppleves som en ytterligere belastning. Man får i tråd med det Grund beskriver, en motsetning mellom den medisinskfaglige logikken og den administrative logikkens krav til systemtenkning. (Grund, 2006)

Et tredje hovedfunn er at flere av respondentene anga at det bruktes ord og formuleringer i budskap fra overordnet ledelse som personell ned i organisasjonen ikke kjente seg igjen i. Dette var også relatert til pasientsikkerhetskampanjen. Respondentene problematiserte i denne forbindelse bruk av elektroniske spørreskjema for kartlegging av pasientsikkerhet. Ettersom begrepene ikke var klart forstått, var de redd for å svare feil og pekte på et alternativ som de håpet var det rette. Det kan oppfattes som manglende sammenheng mellom uttalte verdier og bruks verdier (Argyris og Schön 1978). Resultatet fra slike medarbeiderundersøkelser kan derfor ikke tolkes som uttrykk for bruks verdier eller grunnleggende antagelser. Dette er et hovedpoeng i tolkingen av de utsagnene som kommer til uttrykk.

Implementering av langsiktig strategi og konsensus i organisasjonen om operasjonelle mål fordrer god kommunikasjon på bred front. (Grund, 2006). Ulik tolking av budskapet på bakgrunn av ulik forståelse av terminologi er en klassisk årsak til kommunikasjonssvikt. (Jacobsen D.I, 2007). Vi har utsagn som tilsier at personell i kliniske ender av organisasjonen ikke oppfattet budskapet ettersom begrepene ikke var kjent. Personalet måtte bruke tid og innsats for å finne sin forståelse av budskapet. Både terminologi og språket for øvrig kan oppfattes som artefakter og grunnlag for tolkingen av sikkerhetsklima på enhetene. I tillegg kommer det utsagn som beskriver en kultur preget av pålegg. Dette vitner om en kommunikasjon ovenfra og ned. Sett i lys av de klassiske kommunikasjonseksperimentene til Leavitt kan enveis kommunikasjon gi grunnlag for redusert trivsel og etter hvert destruktive holdninger hos personell i enden av kommunikasjonslinjen. (Brocks- Haukedal, 2010).

Vektlegging av den uformelle kommunikasjonen på alle nivå kan motvirke dette fenomenet. Våre respondenter la vekt på den daglige småpraten og samtalene på personalmøtene for å skape holdninger og trygghet som grunnlag for bedre pasientsikkerhet. Ifølge Jacobsen et. al, (2007) vil en slik tilnærming bidra til å vinne de ansattes tillit.

De fleste av respondentene uttrykte relativt modne holdninger til avviksregistrering. I det holdningsskapende arbeidet med å få personalet til å registrere og skrive avvik, brukte de også begrepet *forbedringsmelding*. De oppga at dette begrepet gir en lavere terskel for å rapportere, fordi begrepet *avvik* i noen tilfeller opplevdes negativt ladet. De oppfordret personalet til å registrere avvik. Dette omfattet også hendelser som kunne ha ført til feil eller skade. Åpne gjennomganger av uheldige hendelser syntes å ha en forebyggende effekt. De avvik som kom inn, ble behandlet på laveste nivå, og enhetslederne ga tilbakemelding til de som hadde rapportert. Tilsvar hadde høy prioritet, hvis ikke ville ikke personalet se nytten i å melde avvik. Således oppgis systemet å være velfungerende på laveste nivå. Dette står i motsetning til avvik av mer alvorlig art, som diskuteres nærmere i neste punkt evaluering. Vi opplever at enhetslederne på ulike måter bidro til å skape holdninger blant personalet om å ha en god meldekultur.

En av respondentene problematiserte selve pasientskadebegrepet og ville heller bruke betegnelsen komplikasjon som vil kunne ha en annen betydning i den faglige bevisstheten. Et artefakt eller en ytring som denne kan tolkes som et symbol innenfor rammen av organisasjonen, og kan ikke sies å være gyldig utenfor denne konteksten. (Bang, 2008). Utsagnet kan reflektere holdninger til sikkerhetskultur. Vi kan forstå at begrepet "komplikasjoner" således oppleves som en mer akseptert betegnelse når feil oppstår. På den ene siden kan man oppfatte det som et uttrykk for kultur eller holdninger. Ethvert inngrep er forbundet med risiko for komplikasjoner, og dersom man velger å betrakte uønskede pasientskader som en "naturlig" følge komplikasjon kan man komme i skade for å fravike tanker om feil og forbedring. I en virksomhet som er forbundet med høy risiko, kan det bidra til å forme medlemmenes tenkning og adferd.

På den annen side kan man forstå at begrepet "skade" kan få en negativ valør, som slår tilbake på de individer som er involvert i pasientbehandlingen. Risikopregede aktiviteter må ifølge Reason (2000) ha barrierer som skal hindre at personlige feil eller kalkulert risiko ikke leder til fatale konsekvenser. Dette støttes av Kohn (1999), som sier at uheldige hendelser oftere har sin årsak i prosesser og systemer som leder mennesker til å gjøre feil. (Kohn,1999).

### 5.3 Evaluering

Kirurgisaken har ifølge respondentene skapt frykt for å gjøre feil. Det ønsker vi å beskrive nærmere som vårt fjerde hovedfunn. Reason beskriver at noen organisasjoner ensidig ansvarlig gjør den enkelte ved uheldige hendelser. Dette begrunnes i personlig svikt. Det skapes en frykt som gjør at de ansatte vegrer seg for å melde avvik, og i ytterste konsekvens velger å la være. På den annen side beskriver han nødvendigheten av å ha et etablert system, som skal sørge for å legge rammene rundt arbeidstakerne på en slik måte at feil kan unngås. Det vil alltid være risiko for at feil oppstår, men man må sørge for at disse fanges opp slik at de ikke får store konsekvenser for pasient , utøver og organisasjon.(Reason, 2000)

En av våre respondenter beskrev en slik episode hvor vedkommende selv hadde vært involvert. Det var mye negativ oppmerksomhet rundt hendelsen idet den oppsto. Etter hvert som tiden gikk ble omgivelsene opptatt av andre ting. Respondenten utviklet imidlertid frykt for å utøve sitt arbeid. Det var ingen å snakke med, og heller ingen som tilbød seg å høre hvordan vedkommende hadde det. Saken ble liksom bare ”glemt”, men for respondenten ble den bare forsterket. Følelser som mislykkethet, tap av ansikt, sviktende tro på egne evner ble beskrevet som fremtredende. Ifølge respondenten kunne den personlige belastningen ved å ha begått pasientskade vært betydelig redusert. Et etablert system for oppfølging internt i slike situasjoner etterspørres.

Svak ledelse gjør individet til syndebukk, for å skjerme seg selv. En slik håndtering vil ifølge Reason (2000) undergrave sikkerhetskulturen, og frykten for disiplinære forføyninger stimulerer ikke til rapportering av uheldige hendelser og feil. Organisasjonen vil også få begrenset kjennskap til hendelsen, med bakgrunn i ledelsens ønske om å skjerme egen svikt. Dermed vil ikke kollegiet ha mulighet til å opptre støttende, grunnet manglende informasjon.

Ifølge Schein har ledere mulighet til å prege organisasjonen gjennom kulturuttrykk. De må rette sin oppmerksomhet mot bestemte verdier og mål. Dette eksemplet gir mulighet for å ha en åpen og støttende opptreden rundt individet. Slik støtte kan bidra til å endre holdningene og verdiene til omgivelsene. Handlingene må være konkrete og synlige, slik at individet ikke står alene, men opplever seg som en akseptert del av kollegiet. Det er ledelsens ansvar å kommunisere verdier og holdninger til resten av organisasjonen. (Bang, 2008)

På en annen side vil man ved manglende oppfølging og reaksjon fra ledelsen, stå i fare for å implementere grunnleggende antagelser, som skaper en kultur som utestenger den som har gjort feil. Det kan være ulike årsaker til at dette skjer. Organisasjonens medlemmer kan trekke seg tilbake av frykt for å bli ansvarliggjort for å ha bidratt til hendelsen. De kan bruke midler som utfrysing for å unngå å bli identifisert med saken. Schein skiller mellom to typer grunnleggende antagelser. Disse har henholdsvis eksternt og internt problemtilnærming. I dette tilfellet vil måten medlemmene i organisasjonen forholder seg til hverandre på internt i organisasjonen, ha betydning for hvordan det interne problemet løses. Problemet kan også defineres å bli eksternt, grunnet at organisasjonen er gjenstand for granskning av tilsynsmyndigheten. Måten problemet løses på vil i følge Schein avdekke det kulturelle fundamentet og de egentlige kjerneverdiene. (Bang,2008).

Vi vet av erfaring at saker av alvorlig art som går videre til Helsetilsynet ofte har lang saksbehandlingstid. I noen tilfeller er det personlig svikt i pasientbehandling som ligger til grunn. Ventetiden før avklaring eller formell reaksjon foreligger, oppleves svært belastende for de som er involvert. Veldig ofte er det personell i den operative aksen som melder inn avvik til linjeledelsen. Klinikksjef tar ansvar for å bringe dette videre via kvalitetsutvalg eller direkte til Helsetilsynet. Våre respondenter oppgir at de sjelden eller aldri får tilbakemelding på denne type avvik. En forklaring kan nettopp være lang saksbehandlingstid. Når organisasjonen får tilsvaret, registreres dette blant mye annet i en travel hverdag. Alvorlighetsgraden i tilsvaret blir vurdert på høyere nivå hvor det gjerne stopper opp. Med andre ord organisasjonen er formelt orientert, men glemmer å informere de som opprinnelig har utført avviket. Således ser vi en dekobling mellom det operative nivå og foretaksledelsen. Lederens manglende reaksjon på uheldige hendelser gir tydelige signal til organisasjonen og stimulerer ikke til læring i organisasjonen. En læringskultur av avhengig av en trygg, støttende og tillitsfull atmosfære. Dette fenomenet bryter med de grunnleggende forutsetningene i klinisk lederskap der nettopp forbedringskultur med tydelig ansvar og kontinuerlig forbedringsarbeid er vektlagt. (Bang, 2008)

## 5.4 Oppfølging

I vårt femte og siste hovedfunn ønsker vi å belyse læring i organisasjonen. Først vil vi gå inn på generell kompetanseheving og beste praksis, og deretter se på hvilken opplæring våre respondenter opplever å ha fått for å utøve sitt klinisk lederskap i tråd med ønsket kvalitetsstrategi for Nordlandssykehuset.

Organisasjonen, ledelsen og den enkelte ansatte vurderes å ha ansvar for oppdatering og vedlikehold av kompetanse. Likevel ble det angitt fra noen respondenter begrensninger i forhold til opplæring av medarbeiderne, fordi krav til klinisk produksjon hadde høyere prioritert. Tilmålte ressurser ble derfor ikke alltid tilstrekkelig for å frigjøre tid til ønsket vedlikehold og heving av kompetanse. Det kan dermed oppstå en frikobling mellom overordnede strategier og krav til økonomisk resultat og produktivitet. (Pettersen et. al, 2008) Det er ifølge Johannesen (2007) en forutsetning for vedlikehold av kunnskap, at holdningene er adekvate. Schein (1992) utdyper dette ytterligere ved å inkludere affektive og kognitive responser fra medlemmene som er en del av organisasjonen, hvor kulturen skal endres. Med andre ord må lederne sørge for at tenkningen rundt kompetansehevende aktiviteter bør inneholde positivt engasjement blant medarbeiderne.

Sett fra en annen side vil det kunne oppleves som en utfordring, dersom slike aktiviteter blir nedprioritert til fordel for daglig drift. Utfordringen for det kliniske lederskapet er å balansere kravene ovenfra om effektivitet og kravene nedenfra om faglighet. For å møte dette dilemmaet har sentral og lokal ledelse opprettet styrende dokumenter i form av prosedyrer eller kliniske retningslinjer. Det gjenspeiler de store utfordringene som ligger i å avstemme fagmedisinsk virksomhet der profesjonene er opplært til å leve opp til faglige normer, mot overordnet ledelse som vektlegger økonomisk effektiviseringstenkning. (Bang, 2006)

Innenfor praktiske kliniske fag skjer i hovedsak overføring av kunnskap, ferdigheter og holdninger gjennom mester-svenn relasjoner. Den erfarne klinikerer blir en rollemodell, og lærer opp den som er ny og urutinert gjennom tett relasjon i det daglige arbeidet. I en slik sammenheng vil den faglige logikken være mest fremtredende. En respondent uttrykker en holdning som kanskje er fremtredende i flere faggrupper. Prosedyreverket blir et formelt og systematisk rammeverk der innholdet blir mindre viktig Denne faggruppen ønsker primært ikke prosedyrer, men faglige retningslinjer som er faglig mindre forpliktende og har en annen juridisk status. Dette er utsagn som kan betraktes som artefakt for en sikkerhetskultur med grunnleggende antagelser om at pasientsikkerheten oppleves god nok samtidig som den faglige autonomien framheves.

Mellomlederne oppga at de ikke hadde fått noen spesiell form for opplæring for å utøve ledelse som skulle bidra til bedre kvalitet. En av dem gikk så langt som å hevde at vedkommende derimot har følt seg som sykehusets best betalte sekretær.

I tillegg ble det problematisert manglende støtte fra stabsfunksjoner i det daglige arbeidet, som tok fokus bort fra mer langsiktige målsettinger og klinisk lederskap. Dette står i kontrast til de styrende signalene i Helse Nords kvalitetsstrategi styresak 15-2011, (Helse Nord RHF, 2011), som vektlegger stabsstøttefunksjonenes betydning for å lykkes med kvalitetsarbeidet. Alle uten unntak uttrykte behov for faglig påfyll utenfra, fordi de på et tidspunkt opplevde å ha problemer med å fornye seg. Hvis de på den ene siden skal sørge for kontinuerlig forbedring, bør de innovative ideene stimuleres av eksterne kilder. Det står nødvendigvis ikke i motsetning til erfaringsutveksling innad i organisasjonen. Disse utsagnene har i hovedsak sitt utspring i faglig påfyll.

Når det gjelder utvikling av lederskapet hadde et par av respondentene gode erfaringer med det interne lederprogrammet i Nordlandssykehuset HF. Andre opplevde ikke dette som like nyttig, og ønsket en mer metodisk tilnærming knyttet til ledelse. Det er så langt ikke arrangert ledersamlinger for enhetsledernivået i hele organisasjonen. Verdien av nettverksbygging i et slikt konsept ble lagt vekt på. I den praktiske hverdagen oppga de på den ene siden å gjøre så godt de kunne ut fra evne og forutsetning. På den andre siden erkjente de at de i mange tilfeller var usikker på hvordan de skulle ha den rette tilnærmingen for å oppnå ønskede resultater. Kommunikasjon er nøkkelen til det gode lederskap. (Brocks-Haukedal, 2010) Vi oppfatter at det kan synes å være en løs kobling mellom kvalitetsstrategien og forventingene til enhetsledernes evne til å få frigjort nok tid til sitt lederskap.

## 6 Oppsummering og konklusjon

På bakgrunn av de funn vi har gjort for å få svar på vårt forskningsspørsmål, vil vi nå konkludere med hvorvidt vi har lyktes i å avdekke holdningene til kvalitet og pasientsikkerhet blant mellomlederne vi har intervjuet.

Vår antagelse om at holdningene for å ivareta arbeidet knyttet opp mot kvalitetsstrategien, kanskje ikke var godt nok forankret på enhetsledernivået viste seg ikke å være riktig. Vi registrerer at styret og toppledelsen i Nordlandssykehuset har lyktes med å gjøre planer og mål kjent ned i organisasjonen. Vi har snakket med seks ledere fra ulike klinikker på de tre somatiske sykehusene. Alle viste god kunnskap om de ulike systemverktøy som er vektlagt i kvalitetsstrategien. Det vil si at også lokalsykehusene som ikke er i geografisk nærhet til toppledelsen har fått med seg det overordnede budskap.

Vårt lille utvalg av respondenter uttrykte proaktive holdninger til det pågående kvalitetsarbeidet. Samtlige hevdet at de alltid, også før kirurgisaken, hadde vært opptatt av pasientsikkerhet. Kommunikasjon er imidlertid av stor betydning for enhver leder som skal gjøre endringer i organisasjonskulturen. Ord og uttrykk må derfor ha samme betydning gjennomgående i hele organisasjonen. Vi har fått eksempler på at respondentene har brukt en del tid på å sette seg inn i hva som menes med overordnede budskap. Holdningene til å forstå er det derimot ingenting i veien med.

Organisasjonen må ta på alvor at mellomledernivået beskriver ”*project overload*” som en kritisk faktor for å lykkes med praktisk gjennomføring av ulike bestillinger. Det påhviler klinikkssjefene å kjenne egen klinikk godt nok til å fordele oppgaver nedover i organisasjonen på en veldosert måte. Det er et gammelt ordtak som sier at: ”*Du skal ikke skyte hesten du rir på*”. Dette utsagnet kan gjøres gjeldende i denne sammenhengen. Mellomlederen er navet i organisasjonen og de bærer et stort ansvar for å innfri krav og forventninger både oppover og nedover i organisasjonen. Vi er av den oppfatning at de har en nøkkelfunksjon for å operasjonalisere overordnede mål og visjoner. Det er derfor viktig at rammene som legges rundt dem, legger til rette for at de har vilkår for å løse sine oppgaver.

Sykehus er en kompleks virksomhet med potensielt høy risiko hvor kan feil oppstå. Dette skjer på tross av den nye visjonen til Nordlandssykehuset, som nok må sies å være noe ambisiøs. Intensjonen er imidlertid ærverdig, og man skal legge listen høyt for å unngå pasientskade.

To av respondentene hadde vært involvert i hendelser som førte til uønsket pasientskade av mer alvorlig art. Den personlige belastningen som følge av å ha påført en pasient unødig skade beskrives å være svært psykisk krevende. Deres opplevelse og konklusjon er at det ikke er gode nok systemer for tilbakemelding og oppfølging når alvorlige hendelser oppstår. Vår konklusjon er at dette må organisasjonen umiddelbart utarbeide systemer for å fange opp. Ledere og personell som ikke får bearbeidet sine reaksjoner etter slike hendelser påføres betydelige belastninger som kan lede til arbeidsuførhet. Alternativt kan ulike stressreaksjoner som følger i etterkant av en pasientskadesak, medføre risiko for nye feil.

*The Manchester Patient Safety Assessment Framework* kan være et nyttig verktøy for ledere til å skape refleksjon rundt sikkerhetsarbeidet i egne avdelinger. Vi erfarte at samtaler med respondentene rundt de ulike dimensjonene ble svært fruktbare. Respondentene omsatte raskt utsagnene til hvordan de opplevde den kliniske hverdagen i egen organisasjon. Metoden kafedialog som organisasjonen ble kjent med under prosjektet ”*Verdibasert hverdag*” kan være en utmerket arena for slike samtaler. Vår konklusjon er at det er mulig å avdekke de grunnleggende antagelsene og bruksteoriene på en helt annen måte enn vi får tilgang på ved en quest- back undersøkelse. Rammeverket i pasientsikkerhetsmatrisen vi benytter, kan anvendes som et verktøy for å forstå hvorfor og hvordan de delte verdiene til personalet som arbeider i helsevesenet kan operasjonaliseres for å skape et trygt miljø for pasientbehandling.

Vi har snakket med mennesker nær praksis. Vi har brukt vår egen erfaring, og det medfører at vår egen nærhet til praksis gjør at våre funn ikke kan generaliseres. Våre funn er avhengig av kontekst. Vi har funnet støtte i teorier som gjør at dette kan ha allmenngyldig betydning.

Det er dog en viktig kilde til refleksjon at kunnskapen vi skaffer oss i dag kanskje ikke vil være gyldig om to år, da det kan være andre ledere som har et annet syn.

*Errare humanum est, sed perseverare diabolicum, et ignoscere est divinum.*  
Cicero (106 - 43 f. Kr.)

*Det er menneskelig å feile, men djevelsk å fortsette, og guddommelig å tilgi*



## Litteraturliste

- Bang, H. (2008). *Organisasjonskultur*. TANO.
- Brunsson N (1998). *The Organization og Hypocrisy*. John Wiley & Son.
- Brennan, T. Leape, L, Laird, N, Hebert, L, Localio, AR, Lawthers, A, Newhouse, J, Weiler, P, Hiatt, H. (1991, 7 Feb). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study. *N Eng J Med* (324), ss. 370-376.
- Brochs-Haukedal, W (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8 ed.). Cappelen Damm AS, Bergen.
- Company, M. a. (2011). *Why good practice really matters*. London school of economics.
- Dehli, T. Martinussen, M, Mevik, K, Stordahl, A, Sahlin, Y, Lindsetmo, RO, Vonen, B. (2011). Translation and validation of the Norwegian version of fecal incontinence quality-of-life scale. *Scandinavian Journal of Surgery* , 100, ss. 190-195.
- EUNetPaS. <http://90plan.ovh.net/-extranetn/>. Hentet 11 Juni, 2012
- Guldenmund, F. (2000). The natur of Safety Culture: A review of theory and reasearch. *Safety Science* , ss. 215-257.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk - dilemmaenes tyranni*. Universitetsforlaget.
- Helse Nord RHF. (2012, 13 februar). *Oppdragsdokumentet 2012*. Hentet 12 juni, 2012, fra [www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument\\_2012\\_fra\\_RHF\\_til\\_HF.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument_2012_fra_RHF_til_HF.pdf)
- Helse Nord RHF. (2011, 11 Februar). *Styresak 15/2011 Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2011-2014*. Hentet 12 Juni, 2012, fr [www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2011/Styremote\\_20110223\\_innkalling\\_med\\_alle\\_sakspapirer.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2011/Styremote_20110223_innkalling_med_alle_sakspapirer.pdf)
- Helse Nord RHF. (2009, 22 April). *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord*. Hentet 12 juni, 2012, fra Styresak 31-2009: [www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Kurs/Helhetlig risikostyring/Styresak-3109-retningslinjer-risikostyring-helsenordpdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Kurs/Helhetlig_risikostyring/Styresak-3109-retningslinjer-risikostyring-helsenordpdf)
- Helsenorge.no. (2012, 24 April). *Helsenorge.no*. Hentet 8. Juni 2012, fra <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>.
- Hofstede, G. (1993). Cultural constraints in management theories. *Academy of management Executive* , 7 (1), ss. 81-94.
- Jacobsen D.I, Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer* (2 utg.). Fagbokforlaget. Bergen
- Johannesen, A. Kristoffersen, L, Tufte, PA. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*(2. utgave, opptrykk 2011). abstrakt forlag. Oslo

- Johannesen, J. O. (2007). *Styring av helseforetak.*: Fagbokforlaget. Bergen
- Kaplan, R. Norton, D. (1992, Jan/Feb). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review* .
- Kirk, S. Parker, D, Claridge, T, Esmail, A, Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use. *Quality safety health care* (16), ss. 313-320.
- Kohn, L. (1999). To Err is Human - Building a Safer Health System.  
<http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kristensen, S. (2009). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. European Society for Quality in Healthcare, Office for Quality Indicators 2010.  
[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/Presentations/Hospital%20culture\\_abstract%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations\\_EUNETP AS%20.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/Presentations/Hospital%20culture_abstract%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations_EUNETP AS%20.pdf)
- Langley, GL. Nolan, KM, Nolan, TW, Norman, CL, Provost, LP. (2009). *The Improvement Guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2 utg.). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- National Health Service, (2006) *The Manchester Patient Safety Framework*. Hentet 12 Februar 2012 fra: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/reosurces/?EntryId45=59796>
- Nordlandssykehuset HF. (2010, 9 September). *Styresak 42/10 Pasientsikkerhet og kvalitet*. Hentet 12 Juni, 2012, fra [www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH\\_bilde\\_og\\_filarkiv/Internett/Styresak\\_42\\_Pasientsikkerhet.pdf](http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde_og_filarkiv/Internett/Styresak_42_Pasientsikkerhet.pdf)
- Nordlandssykehuset HF. (2011, 8 September). *Styresak 71/11 Oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi*. Hentet 12 Juni, 2012, fra [www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/Nlsh\\_bilde\\_og\\_filarkiv/Styret\\_NLSH/71-2011\\_Oppfølging\\_HelseNords\\_Kvalitetsstrategi.pdf](http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/Nlsh_bilde_og_filarkiv/Styret_NLSH/71-2011_Oppfølging_HelseNords_Kvalitetsstrategi.pdf)
- Ouchi, W. (1977, Mars). The relationship between Organizational Structure and Organizational Controll mecanism. *Administrative science quartly* , 22, ss. 95-113.
- Olsen, E. (2007, 18 Oktober). Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* , 127 (20), ss. 2656-60.
- Pettersen, IJ, Magnussen, J, Nyland, K, Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og Helse* (2 utg.). Cappelen akademiske forlag. Oslo
- Sally, G. (1998, 4 July). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* (317), s. 61.
- Schein, E. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass.
- Singer, SJ, Falwell, A, Gaba, DM, Baker, LC. (2008). Patient Safety Climate in US Hospitals. Variation by Management Level. *Med Care* , 46 (11), ss. 1149-1156.
- Smith, R. (1998, 27 June). All changed, changed utterly. *BMJ* , s. 1917.

Sosial -og helsedirektoratet. (2007, 23 Oktober). ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet 12 Juni, 2012, fra [helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf)

Strand, P. M, Fossum, S (2010). <http://www.nlsh.no/article/79249-3018.html>. Hentet 19 Januar, 2012

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress* , 12 (3), ss. 239-306.

Reason, J. (2000, 18 Mars). Human error: models and management. *BMJ* (320), ss. 768-770.

Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Quality safety health care* (13) suppl III: ii22-ii27.

Zika-Viktorsson, A. (2006, July). Project overload: An exploratory study of work and management in multi-project settings. *International Journal of Project Management* , 24 (5), ss. 385-394.

## Vedlegg 1: Tillatelser

**Fra:** Tollåli Geir **Sendt:** 5. mars 2012 07:50 **Til:** Strand Paul Martin **Emne:** Søknad om intervju-undersøkelse:

Til Paul Martin Strand  
Administrerende Direktør  
Nordlandssykehuset HF

01.03.2012

Vedrørende forespørsel om tillatelse til å intervju mellomledere om kvalitetsledelse

Vi er to studenter som skal skrive vår avsluttende oppgave på studiet MBA i økonomi og helseledelse i regi av Helse Nord på Universitetet i Nordland. Oppgaven er på 30 studiepoeng og markerer avslutningen på et studie over to år. Vi har valgt å ha kvalitetsledelse som tema. Vårt forskningsspørsmål er som følger:

*"Hvilke holdninger har mellomledere til kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset"?*

Vi planlegger å intervju to mellomledere ved hvert av de tre somatiske sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Vi ønsker å fordele respondentene til å omfatte ledere fra profesjonene leger og sykepleiere. Klinikktilhørighet vil være fullstendig anonymisert. Medisinsk klinikk vil ikke være aktuell.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge hvorvidt forståelsen av kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet er forankret på mellomledernivå i organisasjonen ut fra vår forståelse om at mellomledere er nøkkelen for implementering av kvalitetsstrategien.

Vi søker derfor om tillatelse til å innhente empirigrunnlaget for å analysere gjennomføring av kvalitetsledelse knyttet opp mot pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset HF.

Vennlig hilsen

Randi Spørck  
Rådgiver fagavdelingen  
klinikkHelse Nord RHF

Geir Tollåli  
Klinikksjef medisinsk  
Nordlandssykehuset

**Fra:** Strand Paul Martin **Sendt:** 6. mars 2012 09:17 **Til:** Tollåli Geir **Emne:** SV: Søknad om intervju-undersøkelse

Innvilget  
Med vennlig hilsen Paul Martin Strand      Direktør Nordlandssykehuset HF  
Tlf 75 53 41 10 Mobil tlf 90 55 32 34

## Vedlegg 2: Forespørsel

SAMTYKKESKJEMA

Kjære deltager!

I første del av undersøkelsen ber vi deg om å ta stilling til en del utsagn som beskriver sikkerhetskultur i en enhet eller en avdeling. Du vil først få ca. 20 minutter til å lese gjennom utsagnene. Deretter vil vi sammen med deg reflektere over innholdet.

Det er utsagn som omhandler flere sider av dette begreper. Vi ber deg merke av det utsagnet innenfor hver kategori som du kjenner deg mest igjen i når det gjelder din avdeling eller enhet.

Hensikten er ikke å påvise svakheter, men å stimulere til ettertanke rundt de ulike sidene av pasientsikkerhet ved å bruke et verktøy som er utviklet i pasientsikkerhetskampanjen i Storbritannia.

Deretter vil vi stille noen utdypende spørsmål rundt utviklingen av pasientsikkerhetskulturen i organisasjonen rundt deg, for bedre å forstå den sammenhengen du arbeider i.

Vi vil benytte lydopptak under samtalen.

Dine resultat blir behandlet fullstendig konfidensielt, og blir tilintetgjort sammen med opptak av intervjuene når vi har gjort våre analyser. Du har på ethvert tidspunkt full anledning til trekke din deltagelse fra undersøkelsen.

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Randi og Geir

---

DATO

---

UNDERSKRIFT

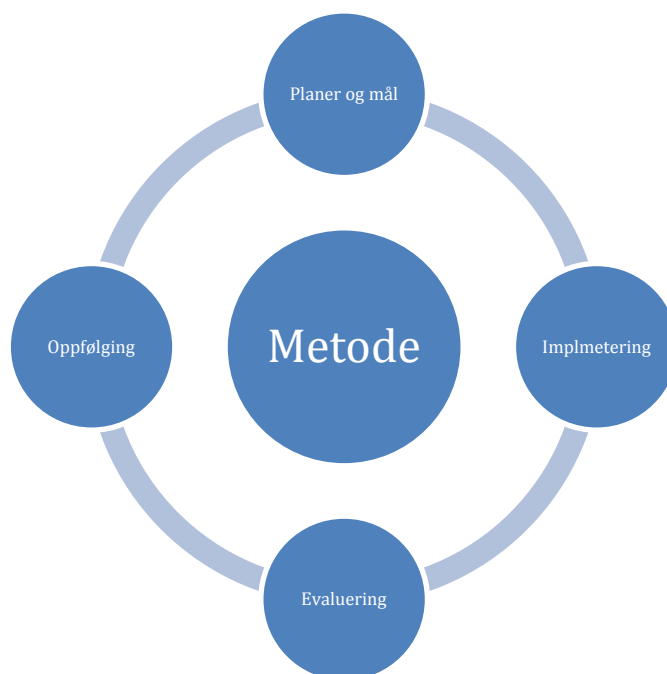
## Vedlegg 3: Intervjuguide

---

### Intervjuguide til mellomledere i Nordlandssykehuset om arbeidet med kvalitetsledelse knyttet til pasientsikkerhet

---

Tema for denne oppgaven er pasientsikkerhetskultur. Konteksten vi ønsker å undersøke er hvorvidt det store fokuset på kvalitet og pasientsikkerhet er forankret på lavere ledernivå i organisasjonen.



**Figur 1:**Vår utgave av kvalitetssirkelen (etter Demming 1986)

Intervjuet er strukturert med utgangspunkt i de fem elementene, for å undersøke hvordan det arbeides med kvalitet og pasientsikkerhet innenfor hvert element.

---

## Planer og mål

---

1. Hva er de overordnede målene i kvalitets arbeidet til Nordlandssykehuset?

Gi eksempler:

2. Hva vet du om pasientsikkerhetskampanjen i Nordlandssykehuset?

Svar:

3. Hvilke mål setter du til deg selv for å utøve ledelse som gir kvalitet knyttet til klinisk arbeid?

Gi eksempler:

4. Mener du kvalitetsledelse bidrar til å bedre pasientsikkerheten?

Gi eksempler:

5. Hvilke verktøy er tatt i bruk for å redusere pasientskade i Nordlandssykehuset?

Gi eksempler:

---

## Implementering

---

1. Har du fått tilstrekkelig opplæring for å ivareta ledelse knyttet til kvalitetsarbeidet?

Svar:

2. Hvordan aksepterer de du skal lede fokuset på kvalitet?

Gi eksempler:

3. Opplever du fokus på kvalitet som merarbeid?

Gi eksempler:

4. Hvordan arbeider du for å implementere gode holdninger for avviksregistrering?

Gi eksempler:

5. I hvilken grad opplever du at det er nyttig å utarbeide skriftlige prosedyrer i Docmap?

Svar:

---

## Evaluering

---

1. Hvordan vektlegger du tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende?

Svar:

2. Opplever du at skriftlige prosedyrer begrenser din faglige autonomi?

Svar:

3. Finnes det skriftlige prosedyrer som du opplever strider mot faglighet eller etiske normer?

Gi eksempler:

4. Opplever du at kvaliteten og pasientsikkerheten i din avdeling er blitt bedre etter kirurgisaken sommeren 2010?
5. Opplever du at avviksmeldinger blir behandlet, og brukt som et verktøy til forbedring?

Svar:

---

## Oppfølging

---

1. Finnes det enkeltpersoner (andre enn deg) som arbeider spesifikt innrettet mot pasientsikkerhet i din avdeling?

Svar:

2. Er styringsindikatorer viktig i din hverdag som mellomleder?

Gi eksempler:

3. I hvilken grad opplever du at indikatorene bidrar til å øke pasientsikkerheten?

Svar:

4. Hva avgjør dine kliniske beslutninger?

Gi eksempler:

5. Hva forstår du med begrepet skjønnsmessig vurdering?, og hvilken betydning har dette for ivaretagelse av pasientenes sikkerhet?

Gi eksempler:



## Vedlegg 4: The Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) oversettelsesvalidert til Norsk

---

### Forpliktelse til kontinuerlig forbedring

---

**A:** Ingen ressurser er investert i identifikasjon av problem eller områder med god praksis. Dersom revisjon forekommer, mangler den struktur og det gis ikke tilbakemelding på hva som avdekkes.

Prosedyrer og retningslinjer lages for å tilfredsstille lovbestemte krav, brukes ikke og blir heller ikke revidert eller oppdatert. Dårlig kvalitet er godtatt eller ignorert. Denne holdningen er tilstede gjennom hele organisasjonen fra styret til den enkelte helsearbeider.

---

**B:** Forbedringsplan er laget etter direkte pålegg eller før tilsyn. Revisjon skjer bare etter spesielle hendelser eller etter nasjonale direktiv. Liten vilje til å reagere på funn i revisjonen. Det finnes få prosedyrer eller retningslinjer, og disse er utdatert og ikke i bruk med mindre uønskede hendelser krever oppdatering. Utvikling av nye prosedyrer og retningslinjer skjer etter uheldige hendelser og klager.

---

**C:** Personell i første linje er ikke engasjert i forbedringsarbeid og anser det som ledelsens oppgave etter eksterne pålegg. Mange revisjoner skjer, men det mangler en samlet plan med sammenheng til organisasjonens eller lokale behov. Personalet er overbelastet med oppdaterte prosedyrer og retningslinjer, men disse er sjelden implementert. Pasienter og befolkning kan være involvert i kvalitetsspørsmål, men det er mer spill for galleriet enn ekte engasjement.

---

**D:** Det er et ekte ønske og engasjement i organisasjonen for forbedringsarbeid. Alle har ansvar for kontinuerlig forbedringsarbeid. Hele organisasjonen sammen med pasienter og befolkning må involveres. Organisasjonen ønsker høy faglig standard og vil sammenlignes med andre sentra. Klinikerne er engasjert i og har eierskap til revisjonsprosessene som leder fram til kontinuerlig forbedringer. Prosedyrer utvikles og oppdateres av personalet, og brukes til daglig som grunnlag pleie og omsorg. Pasienter og befolkning er involvert i interne beslutningsprosesser og skaper dermed en pasientsentrert behandling.

---

**E:** Det er en kultur for kontinuerlig forbedring i hele organisasjonen og er en del av beslutningsprosessen på alle nivå. Organisasjonen har høy faglig standard og sammenligner sine resultat både med andre både innenfor og utenfor helsetjenesten.

Team utvikler og gjennomfører egne resultatevalueringsprogram i samarbeid med pasienter og befolkning. Personal er bevisst på mulig sikkerhetsrisiko. Det betyr at behovet for prosedyrer og retningslinjer blir mindre viktig ettersom pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis ligger lengst fram i bevisstheten. Pasienter og befolkning er involvert på en rutinemessig og meningsfull måte med deltagelse og tilbakemelding.

---

## Prioritering av pasientsikkerhet

---

**A:** Pasientsikkerhet prioriteres lavt. Det finnes noen styringssystem som f. eks strategier og komiteer, men ingenting er virkelig gjennomført. Organisasjonen er ikke seg bevisst sin risiko. En mener at dersom en pasientsikkerhetshendelser oppstår, kan pasientskadeerstatning ordne opp for pasienten.

---

**B:** Pasientsikkerhet prioriteres etter en uønsket hendelse for å møte lovkrav, men er for øvrig spill for galleriet. Det er lite tegn på innføring av risikostyringsstrategi. Pasientsikkerhet blir bare diskutert i styret etter spesielle hendelser. Målinger gjøres først og fremst for selvforsvar, men ikke for å beskytte pasienter. Det er vilje til risiko for å innfri økonomiske forpliktelser og krav fra myndighetene.

---

**C:** Pasientsikkerhet har rimelig høy prioritet, og det er etablert flere system for å ivareta den (bl.a. integrert pasientperspektivet). Men disse systemene er ikke alminnelig spredt ut blant personalet og heller ikke oppdatert. Dessuten er de for lite fleksible for å møte uforutsette hendelser og klarer ikke ta opp seg kompleksiteten i disse spørsmålene. Ansvar for sikkerhetsarbeid er knyttet til en enkelt person som ikke integrerer det i hele organisasjonen. Det er en kultur preget av pålegg.

---

**D:** Pasientsikkerhet fremmes i hele organisasjonen, og de ansatte er aktivt involvert i sikkerhetsspørsmål og prosesser. Pasienter, publikum og andre organisasjoner deltar også i risikostyring og evaluering. Målinger har pasientfokus og er ikke ment som forsvar for personalet. Risikofaktorer er proaktivt identifisert ved bruk av prospektive risikoanalyser, og tiltak settes i verk for å håndtere risikofaktorer. Det er tydelige ansvarslinjer. Selv om en person tar ansvar for å lede pasientsikkerhetsarbeidet, er det en nøkkeloppgave til alle ledere.

---

**E:** Pasientsikkerhet har høyeste prioritet i organisasjonen, og alle har ansvar inkludert pasienter og publikum forøvrig. Personalet vurderer risiko kontinuerlig og søker mulig forbedringer. Pasientsikkerhet er høyt profilert gjennom hele organisasjonen og er lagt inn i aktiviteten til alt personell fra styre og toppledere til vanlige helsearbeidere i daglig kontakt med pasienter, inklusive støttepersonell.

Pasientdeltagelse er godt etablert i sikkerhetsarbeid og i revisjoner.

---

## Systemfeil og personlig ansvar

---

**A:** Uheldige hendelser regnes som uflaks og utenfor organisasjonens kontroll. Hendelser skjer som følge av personlige feil eller pasientadferd.

Der er en sterk kultur for å fordele skyld til enkeltindivid med påfølgende disiplinære forføyninger.

---

**B:** Organisasjonen ser på seg selv som offer for tilfeldige omstendigheter. Den enkelte ansatte blir ansett som årsak til hendelser, og løsningen er omskolering og straffereaksjoner.

Etter uheldige hendelser er det ingen tiltak for å støtte de som er involvert, inkludert pasienter og pårørende.

---

**C:** Det er en erkjennelse av at systemet, og ikke bare individer, bidrar til hendelser. Organisasjonen hevder å ha en åpen og rettferdig kultur, men det er ikke oppfattet av de ansatte.

Det er laget prosedyrer som skal sike ansatte, pasient og pårørende støtte etter en hendelse, men de er lite kjent og lite brukt.

---

**D:** Der erkjennes at hendelser er resultat av kombinasjonen av individuelle feil og systemfeil. Organisasjonen har en åpen, rettferdig samarbeidskultur.

Etter en uheldig hendelse utføres en grundig system analyse for å avklare det relative forholdet mellom systemfaktorer og individuelle faktorer. Denne prosessen informerer om beslutninger rundt suspensjon av ansatte. Det er en konsekvent og rettferdig tilnærming til personalspørsmål etter en uheldig hendelse. Organisasjonen er åpen og ærlig med pasienter og pårørende når pasientsikkerhetshendelser leder til betydelig skade eller død, men diskuterer ikke alle typer hendelser med disse.

---

**E:** Organisatoriske feil og systemfeil erkjennes, og personalet er også fullt ut bevisst sitt personlige ansvar i forhold til feil og rapportering av disse. Det finnes integrerte system for sammen analysere pasientsikkerhetshendelser, klagesaker og juridiske spørsmål.

Personale, pasienter og pårørende er aktivt involvert og støttet i tiden etter en hendelse. Organisasjonen har høy grad av åpenhet og tillit. Organisasjonen er også åpen og ærlig med pasienter og pårørende omkring alle typer pasientsikkerhetshendelser, uavhengig om disse har resultert i skade.

---

---

## Registrere uønskede hendelser og beste praksis

---

**A:** Rapporteringssystem for uheldige hendelser finnes, men organisasjonen er for det meste lykkelig uvitende om disse med mindre alvorlige hendelser skjer eller advokater fremmer klagesaker.

Der er en sterk kultur for å fordele skyld til enkeltindivid med påfølgende disiplinære forføyninger. Ingen læring kan skje.

---

**B:** Det finnes et lite utviklet rapporteringssystem, selv om de ansatte ikke oppfordres til å rapportere hendelser. Lite faktiske data rundt hendelser er samlet, men ikke analysert.

Det er en kultur for skyldfordeling slik at de ansatte avstår fra å rapportere hendelser. Dersom hendelser oppstår, er det lite forsøk på å gi støtte til de som har vært involvert.

---

**C:** Et sentralt anonymisert rapporteringssystem er etablert med stor vekt på utfylling av skjema. De ansatte oppfordres til å rapportere hendelser, også slike som blir avverget eller ikke leder til skade. Men personalet og pasienter føler seg ikke sikre på å rapportere hendelser.

Organisasjonen vurderer andre kilder for sikkerhetsinformasjon, f. eks klagesaker og tilsyn, i tillegg til rapporter om uheldige hendelser.

---

**D:** De ansatte oppfordres til å rapportere pasientsikkerhetshendelser både lokalt og til sentrale myndigheter. Hendelsene anses som muligheter for læring. Tilgjengelige personell- og pasientvennlige rapporteringssystem brukes for å kunne analysere trender.

Personalet føler seg trygg for å rapportere alle typer pasientsikkerhetshendelser, også de som blir avverget. De ansatte, sammen med pasient og pårørende, blir støttet etter rapportering.

---

**E:** Det er naturlig for personalet å rapportere pasientsikkerhetshendelser, også slik som ble avverget eller ikke ledet til skade. De ansatte har tillit til at granskingsprosessen og forstår betydningen av rapportering både lokalt og sentralt.

Pasienter er aktivt oppfordret til å rapportere om hendelser. Det er en lærende organisasjon med robuste system for å ta opp i seg beste praksis.

---

---

## Evaluerer uønskede hendelser og beste praksis

---

**A:** Uheldige hendelser og pasientklager skuffes under teppet dersom det er mulig. Hendelser blir overfladisk gransket av ledere på lavt nivå med målsetting om å lukke saken raskt og "gjemme skjelettene i skapet".

Informasjon fra granskingen blir lagret, men ingen tiltak settes i verk utenom disiplinære forføyninger og forsøk på takle media. I denne organisasjonen er det liten erkjennelse av god og sikker praksis.

---

**B:** Gransking står fram med målsetting om skadebegrensning for organisasjonen og fordeling av personlig skyld. Undersøkelsene er raske og fokuserer på enkelthendelser og de individuelle handlingene.

Det framkommer raske konklusjoner relatert til enkelthendelser, men få tiltak gjennomføres etter at bølgene har lagt seg. Noen granskinger blir heller ikke fullført.

---

**C:** Sentrale ledere deltar i granskingen som er smal og fokusert på individ og system omkring hendelsen. Det finnes detaljerte prosedyrer for granskingsprosessen med utfylling av mange skjema. Granskingen gjennomføres for sin egen del og for å blidgjøre pasient og pårørende uten å undersøke underliggende årsaker eller gi støtte til de involverte.

De ansatte er motivert til å oppdatere og implementere prosedyrer, men læringseffekten er variabel.

---

**D:** Organisasjonen er åpen for undersøkelser og ønsker ekstern gransking velkommen for å oppnå et uavhengig perspektiv. Personell involvert i hendelser deltar i gransking for å avdekke underforliggende årsaker og problem i grenseflaten mot andre. Målsettingen for undersøkelsene er å trekke lærdom og spre funnene gjennom hele organisasjonen.

Data fra granskingsrapportene brukes for å analysere trender, identifisere "hot spots" og avklare utdanningsbehov. Organisasjonen har blikket rettet framover.

Pasienter er involvert i granskingsprosessen og deres oppfatninger, erfaring og anbefalinger er ønsket.

---

**E:** Organisasjonen gjennomfører både interne og eksterne uavhengige undersøkelser som inkluderer personalet og pasienter. Undersøkelser etter uheldige hendelser regnes som en mulighet for læring og fokuserer på forbedring og tar med seg anbefalinger fra pasienter. Analyseprosessen etter uheldige hendelser er systematisk og oppdateres regelmessig i samråd med personalet.

Læring fra beste praksis deles i organisasjonen og nasjonalt. Det er en lærende organisasjon med en forpliktelse til å lære av hendelser gjennom alle nivå fra styre og sentral ledelse til den enkelte helsearbeider og støttepersonell.

---

## Læring og gjennomføre endringer

---

**A.** Ingen forsøk på å lære av hendelser uten ytre press som f.eks. offentlig gransking. Målsettingen etter en uheldig hendelse er å dekke over og beskytte seg selv. En suksessfaktor i organisasjonen er at media ikke får kjennskap til hendelsen. Ingen tiltak iverksettes etter en hendelse unntatt slike som rettes mot enkeltindivider.

---

**B:** Lite eller ingen læring skjer i organisasjonen. I tilfelle har det sammenheng med grad av forstyrrelse som den sentrale ledelsen er erfart. All læring er spesifikt knyttet mot en spesiell hendelse.

Endringer som iverksettes etter en hendelse, er ikke holdbare ettersom de er en refleksreaksjon mot erkjente personlige feil og iverksatt av den sentrale ledelsen. Dermed kan lignende hendelser skje igjen.

---

**C:** Noen system er på plass for stimulere til læring i organisasjonen inkludert betraktninger ut fra pasientperspektivet. Læring er ikke spredt ut i organisasjonen. Noen lokale endringer blir tvunget fram etter spesielle hendelser.

Komiteer og ledelse bestemmer alle endringer som skal gjennomføres, men mangel på involvering de ansatte hindrer implementering i det daglige arbeidet.

Pasienter er bare involvert i den grad at det kan vises til at organisasjonen har noen forpliktelser for pasienters og publikums engasjement.

---

**D:** Organisasjonen har en læringskultur, og system finnes for å dele kunnskap slik som refleksjoner og pasientenes oppfatninger. Det er støtte fra styre og den sentrale ledelsen for dyptgående undersøkelser etter uheldige hendelser, og endringer iverksettes for å møte underliggende årsaker. De ansatte er aktivt involvert i prosessen og det finnes en ekte forpliktelse for varige forandringer gjennom hele organisasjonen.

Organisasjonen leter etter forbedringsmuligheter og lære gjerne av andres erfaringer. Læring og erfaringer fra hendelser brukes i den videre planleggingen. Det er en åpen og selvsikker organisasjon.

---

**E:** Det er en lærende organisasjon. Organisasjonen lærer av intern og ekstern informasjon og erfaringer, og den er forpliktet på å dele disse både innad og utenfor organisasjonen

Pasientsikkerhetshendelser ( inkludert de som ble avverget eller ikke ledet til skade) diskuteres i åpne fora der alle ansatte oppfordres til å delta. Både individuell og organisatorisk læring blir evaluert.

Det er en forbedringskultur der forbedringer i praksis skjer kontinuerlig utenom spesielle hendelser. Pasienter spiller en nøkkelrolle i læring og bidrar dermed i endringsprosesser.

---

## Kommunikasjon rundt sikkerhetsspørsmål

---

**A:** Kommunikasjon er generelt dårlig. Den skjer top-down, og de ansatte har ikke anledning til å snakke med ledelsen om risiko. Hendelser holdes internt og omtales ikke.

Organisasjonen er lukket. Den kommunikasjonen som finnes, er negativ og fokuserer på skyld. Pasienter får bare den informasjonen som de strengt tatt har krav på og bare etter sterkt press på organisasjonen.

---

**B:** Kommunikasjonen er generelt direkte med instruksjoner fra ledelsen. De ansatte er bare i stand til å snakke med ledelsen etter at noe har gått galt.

Kommunikasjonen er ad hoc og begrenset til de som var involvert i en spesiell hendelse. Pasienten får den informasjonen som organisasjonen regner som tjenlig i en envegs form.

---

**C:** Det finnes en kommunikasjonsstrategi. Prosedyrer og retningslinjer er på plass sammen med mange dokumenter. Det er mye informasjon samlet av personalet, pasienter og andre organisasjoner, men den er ikke brukt effektivt. Dette fører til informasjon overload i betydingen av at lite blir gjort med informasjonen mottatt fra de ansatte.

Et risiko kommunikasjonssystem finnes, men ingen kontrollerer at det fungerer.

---

**D:** Kommunikasjonssystem og arkiv kan fullt ut kontrolleres. Det er kommunikasjon på tvers av organisasjoner for å legge til rette for meningsfull benchmarking. Ansatte på alle nivå er involvert, og det er et robust system for tilbakemelding til organisasjonen.

Informasjon blir delt, og det er regelmessige informasjonsmøter der de ansatte blir oppfordret til å sette agendaen. Det etableres effektiv kommunikasjon om sikkerhetsspørsmål med pasienter og publikum for øvrig.

---

**E:** Alle kommuniserer om sikkerhetsspørsmål og lærer av erfaring fra andre ( gode og dårlige). Det er en transparent organisasjon og inkluderer pasientdeltagelse i utviklingen av risikostyringsstrategi.

Det oppmuntres til nyskapende ideer, og de ansatte gis mulighet til å gjennomføre disse.

Dette er en organisasjon som kommuniserer godt i praksis både eksternt og internt.

---

---

## Personalstyring og sikkerhetsspørsmål

---

**A:** De ansatte betraktes som brikker for å fylle en post. Rekruttering og seleksjonsprosesser finnes knapt. Det daglige språket er negativt, og sykefravær og tilstedelister regnes som disiplinærsaker.

De ansatte opplever liten støtte og omtaler annet personale som "dem" og ikke "oss". Det finnes knapt personalpolitikk, ingen strukturert HR strategi og kontakt med bedriftshelsetjeneste.

---

**B:** Arbeidsbeskrivelser og bemanningsnivå endres bare som følge av problem slik at det er en god seleksjon og vedlikeholds strategi på områder der organisasjonen tidligere har vært sårbar.

Skyld og straff preger atmosfæren. Det finnes personalstøtte, men den er minimal og symbolsk. Det er svært basal HR strategi, den er lite fleksibel og utviklet som resultat av tidligere problemerfaringer.

---

**C:** Rekrutterings- og vedlikeholds prosedyrer er på plass og referanser sjekkes alltid. Språket som brukes i personalstyringen er generelt formelt og nøytralt og preget av retningslinjer og prosedyrer.

Mekanismene for personalstøtte er styrt av mye papirarbeid og retningslinjer. Det finnes prosedyrer for vurderinger, personalutvikling og bedriftshelsetjeneste, men de anvendes rigid og tjener ikke alltid formålet. Disse prosedyrene anses som et redskap for ledelsen til å styre de ansatte.

---

**D:** Det finnes en forpliktelse til å finne rett person til riktig sted. Det er forsøk på forstå hvorfor svak ytelse forekommer, og synlige og fleksible støtteordninger skreddersys for behovene til den enkelte.

Personalstyringsprosesser oppdateres og endringer blir gjort om nødvendig. Det er en ekte omtanke for ansattes helse og gode system for vurdering, monitorering og kontroll. Det søkes aktiv om bidrag fra pasienter og pårørende.

Der er tydelige tegn på proaktive tiltak på noen områder.

---

**E:** Arbeidsbeskrivelser utformes for å få fram kompetanse. Refleksjon og tilbakemeldinger (både negative og positive) kommer kontinuerlig og automatisk.

Organisasjonen har forpliktelser overfor sine ansatte, og alle har tillit til personalstyringsprosedyrer som omfatter også mentorordninger og veiledning.

Pasienter og publikum har meningsfull medvirkning i utforming og gjennomføring av enhver retningslinje i sikkerhets- og personalspørsmål. Personalstyring er ikke en isolert aktivitet, men en integrert del av organisasjonen.

Etter en pasientsikkerhetshendelse brukes systemanalyse for å avklare det relative bidraget fra systemfaktorer og den individuelle helsearbeider. Denne prosessen leder fram mot beslutninger som suspensjon av personell og er dermed en konsekvent og rettferdig tilnærming til håndtere personalspørsmål i etterkant av en uønsket hendelse.



---

## Etterutdanning og trening

---

**A:** Opplæring har lav prioritet. Det tilbys bare opplæring som er pålagt av myndighetene. Ledelsen anser opplæring av de ansatte som irriterende, tidkrevende og kostbar. Det er dermed ingen kvalitetssikring eller vurdering av relevans av noen etterutdanning eller opplæring med hensyn til karriereplan for de ansatte. De ansatte anses allerede å være utdannet til deres arbeid, så hvorfor skulle de trenge mer etterutdanning.

---

**B:** Opplæring skjer i etterkant av spesielle problem og i samband med områder med høy risiko med åpenbare mangler. Det er den enkelte ansattes ansvar å lese, ta konsekvensen av og finansiere sine egne utdanningsbehov.

Etterutdanning og opplæring fokuserer på å maksimere inntekt og å dekke organisasjonens rygg i stedet for karriereutvikling av de ansatte. Det er ikke eget kursbudsjett og medarbeidervurderinger skjer ad hoc.

---

**C:** Etterutdanningsprogram gjenspeiler organisasjonens behov slik at opplæring støttes bare hvis det tjener organisasjonen. Det er ingen planer om å involvere pasienter i opplæringen. Grunnleggende personalutviklingsplan er laget og den enkelte ansatte har egen mappe. Men disse planene er ikke svært effektive av mangel på økonomiske ressurser og prioritering.

Det tilbys et stort antall kurs, men ikke alle er relevant til karriereutvikling for de ansatte som skal gjøre seg nytte av disse. Opplæring anses som et middel for å forhindre feil og vurderingene er opptatt av dette.

---

**D:** Det er forsøk på å samstemme organisasjonens og den enkelte ansattes behov for opplæring. Utdanningsmuligheter planlegges godt og ressurser er tilgjengelige for alle.

Etterutdanning og opplæring ansees som en integrert del av karriereutviklingen til den enkelte og er direkte knytte opp mot andre organisasjon system f.eks. rapportering av uønskede hendelser. Vurderinger er personellsentrert og er bygd opp rundt behovet for hver enkelt. Tidlige forsøk på involvere pasienter og publikum i opplæring de ansatte er i startgropa og organisasjonen har startet å lære av deres erfaringer.

---

**E:** Den enkelte oppfordres og motiveres til ta tak sine egne opplæringsbehov og forhandle fram sitt eget opplæringsprogram. Læring skjer i hverdagen og ikke bare i et klasserom.

Utdannings anses som en naturlig del av organisasjonskulturen. Det er en fleksibel holdning til utdanning og anses som en måte til støtte de ansatte til å utvikle sine potensial. Pasienter involveres i etterutdanningen for gi forståelse av pasientens oppfatting av risiko og sikkerhet.

---

---

## Team arbeid

---

**A:** Den enkelte ansatte arbeider for det meste isolert, og der det er team, er de dysfunksjonell og sammensatt av en profesjon.. Der er spenninger med team medlemmer og der er en strengt hierarkisk struktur. De framstår mer som en gruppe mennesker som er brakt sammen under ledelse av en nominell leder.

Informasjon deler ikke mellom team medlemmene.

---

**B:** De ansatte arbeider i team bare i etterkant av en uønsket hendelse som respons på eksterne krav. Den enkelte er ikke forpliktet overfor gruppen.

Det er et klart hierarki i alle team, i samsvar med hierarkiet i organisasjonen som helhet. Det finnes tverrfaglige team, med de har blitt pålagt å arbeide sammen og teamarbeid blir til en viss grad et spill for galleriet.

Informasjon tilkommer teammedlemmene etter en hendelse. Team opererer defensivt og nye medlemmer er ikke velkommen inn.

---

**C:** Tverrfaglige team er satt sammen for å møte myndighetenes krav, men det er ingen måte å måle effektivitet på.

Teamarbeid anses av ansatte av lavere grad som spill for galleriet i spørsmålet om medvirkning. Teamene får mye skriftlig informasjon om hvordan de skal fungere. Det finnes mange offisielle mekanismer for å dele informasjon innen og mellom team, men disse brukes ikke særlig effektivt.

Team opererer i kulissene og generelt innen bare en organisasjonen.

---

**D:** Team er tverrfaglige, og har tilstrekkelig tid og ressurser tilgjengelige for team utviklingsprosessen. Teamstrukturen er variabel etter formålet, der medlemmene tiltar seg den rollen som passer best i situasjonen. Det er en evaluering på hvor effektive teamene blir og nødvendige forandringer iverksettes ved behov.

Teamene er åpne og kan ta opp i seg medlemmer utenfra organisasjonen.

---

**E:** Tverrfaglige team tilbys utdanning i team arbeid. Teammedlemskap er fleksible med en horisontal struktur. Ulike mennesker bidrar med like verdifulle bidrag.

Team handler om å dele forståelse og visjon heller en geografisk avstand. Teamarbeid er en akseptert veg inn i organisasjonen. Team er fullstendig åpne som involverer medlemmer fra diverse organisasjonen, lokalt, nasjonalt og til og internasjonalt